

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 136.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU

CANCER DU PLANCHER DE LA BOUCHE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

L. LAMBERT

EX-INTERNE DES HOPITAUX, AIDE D'ANATOMIE A LA FACULTÉ

Né à Vinay, le 14 novembre 1881.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1911

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU

CANCER DU PLANCHER DE LA BOUCHE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 136.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU

CANCER DU PLANCHER DE LA BOUCHE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

L. LAMBERT

EX-INTERNE DES HOPITAUX, AIDE D'ANATOMIE A LA FACULTÉ

Né à Vinay, le 14 novembre 1881.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale.	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie.	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.	BEAUVISAGE.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire.	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.	COURMONT (P.)
Médecine légale.	PAVIOT.
Hygiène.	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.	X...
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOYE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATL,	—
Botanique	BRETIN.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LEPINE.	LATARJET,	MOURICQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRETIN,	ARLOING (F.).
COMMANDEUR.	MARTIN (Et.).	LERICHE.	GUILLEMARD.
GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. VALLAS, Président ; M. LATARJET, Assesseur ;

MM. THÉVENOT et TAVERNIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail, faible
témoignage de ma reconnaissance.

Au Docteur DUTRAIT

MON PREMIER MAÎTRE

A MA SOEUR

A MON FRÈRE

A mon Président de Thèse :

Monsieur le Professeur VALLAS

Il est l'inspirateur de ce travail ; les observations qui font le seul mérite de ce travail ont été recueillies dans son service.

Au Docteur VILLARD

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Qui, dans des circonstances difficiles
pour moi, sut allier l'autorité du maître
à la sensibilité d'un véritable ami,

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat 1905-1907

Messieurs ALBERTIN, BÉRARD, GAYET, PLAUCHU,
VALLAS, PAVIOT

Internat 1907-1911

Messieurs JABOULAY, LESIEUR, VILLARD, VIGNARD,
LECLERC, PONCET, TIXIER, VALLAS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

Laboratoire d'Anatomie.

Messieurs TESTUT et LATARJET

Laboratoire de Médecine opératoire.

Messieurs POLLOSSON et TIXIER

A MES JEUNES MAITRES

Messieurs MOLIN, LERICHE, TAVERNIER,
PATEL, DESGOUTTES

*Je remercie vivement MM. LATARJET, THÉVENOT
et TAVERNIER d'avoir bien voulu accepter d'être mes
juges.*

CHAPITRE PREMIER

Définition.

Au point de vue anatomique le plancher de la bouche comprend, ainsi qu'il ressort des travaux des différents auteurs, toutes les parties molles comprises entre la peau de la région sus-hyoïdienne, d'une part, la muqueuse sublinguale en avant et la muqueuse de la base de la langue en arrière, d'autre part. Le maxillaire inférieur limite à la périphérie cette région. En arrière le plancher de la bouche se continue avec le pharynx, il est au contact de l'amygdale.

Il n'en est pas de même au point de vue pathologique et il semble absolument nécessaire de séparer les affections de la région antérieure et celles de la région postérieure ; les voies d'accès sur ces différentes régions étant absolument différentes au moins au point de vue de la chirurgie des cancers.

Les cancers de la région précédemment délimitée peuvent être en effet divisés en deux grandes catégories : ceux que l'on traite par la pharyngectomie plus ou moins étendue, comme le cancer de l'amygdale, du pharynx, des piliers du voile du palais par exemple, et ceux qui, situés en avant des piliers, intéressent la portion de la face inférieure de la langue et aussi la région

sublinguale. C'est à ces derniers que nous proposons de donner le nom de cancer du plancher de la bouche, les autres pouvant être rangés dans la catégorie des cancers pharyngiens. On comprendra donc sous le nom de cancer du plancher de la bouche, non seulement les tumeurs malignes primitives de la région sublinguale, mais encore celles de la langue, soit face latérale, soit face inférieure, qui ont envahi le plancher de la bouche dans une étendue telle que l'ablation du plancher soit le temps principal de l'acte opératoire.

On sait, en effet, que le néoplasme de la langue peut ou bien rester localisé à la langue, ce qui est une rareté au moins à la période avancée, ou bien envahir l'amygdale, le pharynx, et on le traite par la lapharyngectomie, ou bien encore s'étendre sur le plancher de la bouche.

Il n'entre pas dans les limites de ce travail d'indiquer quel degré de fréquence présente le cancer du plancher de la bouche, ni non plus combien de fois il peut être primitif, quel que soit d'ailleurs l'organe de la région sublinguale qui lui donne son premier substratum : muqueuse, glandes sublinguales ou glandes buccales.

Qu'il nous suffise de dire que le cancer du plancher de la bouche, secondaire du cancer de la langue, est de beaucoup le plus fréquent.

CHAPITRE II

Utilité du Traitement chirurgical.

Comme on le verra ultérieurement en consultant dans les observations les résultats obtenus par différents opérateurs des plus habiles, la survie d'un malade sur lequel on intervient pour un néoplasme du plancher de la bouche est très minime quelques mois à peine. Si l'on songe d'autre part qu'il en meurt immédiatement des suites de l'opération au moins 25 0/0, il semble que l'on pourrait discuter l'opportunité d'un traitement sanglant. Et, en effet, ces malades échappés aux risques effroyables de l'intervention restent souvent des infirmes privés en partie au moins de l'usage de la parole, réduits à s'alimenter uniquement de liquides dans la plupart des cas. Ne vaudrait-il pas mieux adoucir leurs souffrances au moyen de la morphine ?

Quelques médecins semblent se rallier à cette pratique, tel Dumontpallier, qui traite les cancers de la bouche par des gargarismes au chlorate de potasse. Mais tel n'est pas l'avis général.

Il suffit, en effet, de voir de près les souffrances inouïes endurées par les malheureux malades venus trop tard au chirurgien pour bénéficier de l'intervention. Rien ne calme les douleurs ; la morphine et ses succé-

danés mordent peu ou pas du tout sur ces irradiations laminantes de toute la tête et les malades eux-mêmes, à cause d'elles, réclament souvent trop tard une intervention si dangereuse soit-elle.

Et à côté de ces douleurs intolérables doivent entrer en ligne de compte bien d'autres infirmités qui achèvent de transformer ces malheureux en objets de pitié et d'horreur : l'odeur épouvantable qu'ils répandent, cette sanie putride qui coule au dehors de leur bouche incessamment ; il n'est même pas jusqu'à la parole qui ne leur soit refusée par suite de la douleur intolérable que leur occasionne chaque mouvement de la langue.

Il faut donc opérer, quel que soit le danger que l'on fait courir à son malade, à condition toutefois que l'on puisse dépasser les limites du mal et espérer ainsi, sinon une guérison définitive, du moins une amélioration notable. Dans les cas où abrasée incomplètement la tumeur reçoit seulement un coup de fouet du fait de l'intervention, il se faut abstenir et avoir recours aux différents moyens palliatifs. Mais il semble que même si elle ne met pas à l'abri d'une récurrence, une intervention complète présente un autre avantage : il semble se passer pour le néoplasme de la bouche un fait analogue à celui que l'on observe pour le cancer utérin. En effet, comme l'a remarqué depuis longtemps différents opérateurs, les malades opérés suivant la technique de Wertheim semblent, même lors d'une récurrence, souffrir infiniment moins que si on ne les avait pas opérés, et cela quelle qu'en soit la pathogénie. Et bien, il en serait de même pour le cancer de la cavité buccale, et l'on a pu voir dans le service de M. Vallas un malade atteint de néo-

plasme récidivé de la cavité buccale qui présente une infiltration telle que l'on a renoncé à l'opérer. Ce malade, porteur de lésions infiltrant toute la moitié de la joue, s'étendant vers le haut et vers le bas, supporte allègrement ce néoplasme et ne se plaint d'aucunes douleurs. Ce qui le préoccupe le plus, c'est le fait que, par suite de son opération antérieure, les dimensions de sa bouche sont diminuées et il réclame une intervention pour le délivrer de cette incommodité.

Et d'ailleurs, quelle que soit la mortalité immédiate ou retardée de ces interventions, il suffirait qu'un seul malade sur cent fut guéri ou prolongé sans souffrances, d'une façon appréciable, pour qu'il soit légitime de tenter l'intervention.

Butlin (Brit. méd. journal 1909) donne une statistique fort intéressante de cancer de la cavité buccale. Sur 197 cas qu'il a opérés, 22 sont guéris depuis moins de trois ans, 55 n'ont pas de récurrence depuis un laps de temps variant de 3 à 22 ans.

La statistique de M. Vallas donne au moins 2 guérisons de cancer du plancher ayant duré plus de 3 ans ; l'un est mort d'une récurrence au bout de 6 ans, un autre était encore guéri sans trace de récurrence depuis plus de 3 ans.

Pour Binder, la durée de la vie d'un malade atteint de cancer de la cavité buccale est prolongée par l'opération de cinq mois, et l'on peut toujours espérer une guérison définitive. Un cas de sa statistique était guéri depuis 49 mois.

On sait, d'autre part, qu'il n'y a pas d'intervention palliative et que notamment la ligature des linguales

tentée quelquefois est un leurre. C'est donc ou tout ou rien, et la seule contre-indication de l'intervention est donnée par l'impossibilité anatomique d'enlever la tumeur et ses dépendances en son entier. L'envahissement de toute la cavité buccale, de la peau du menton et des joues, les ganglions dans le creux sus-élariculaire, sont les seules contre-indications, mais chaque fois que l'on est assuré de dépasser les limites du mal, il faut intervenir.

CHAPITRE III

Procédés opératoires.

Il faut donc opérer, la logique le commande, et si la tradition en médecine comme en chirurgie n'est pas un critère absolu, elle n'en est pas moins à considérer. Or, depuis longtemps déjà, les chirurgiens se sont efforcés de lutter contre le cancer du plancher de la bouche.

C'est à Verneuil, semble-t-il, qu'il faut faire remonter l'honneur d'avoir, dans le dernier quart du siècle passé, isolé le cancer du plancher de la bouche, mais avant lui déjà de nombreux auteurs s'étaient efforcés de combattre les cancers de la langue propagés au plancher. Des procédés différents ont été préconisés par chaque auteur ; nous en décrirons les principaux.

Considérés du point de vue le plus général, il est bien clair que le cancer du plancher peut être abordé soit par la cavité buccale, soit au contraire par une brèche faite artificiellement par le chirurgien.

De la première voie d'abord nous ne dirons que peu de choses ; elle est, en effet, très rarement applicable. S'il est facile de concevoir que dans des cas peu étendus, on puisse enlever une portion de la langue sans faire d'autres dégâts, et de dépasser quand même largement les limites du mal, on comprend de même qu'il n'en est

plus de même pour le plancher de la bouche. A la rigueur, quand on assiste au début de l'évolution de la maladie, et à la condition que l'on soit en présence d'un cancer primitif de la muqueuse de la région sublinguale, on pourrait peut-être se contenter d'enlever le mal par la bouche en creusant le plancher comme un fruit gâté ; mais comme on le sait, hélas ! on ne voit jamais de néoplasme à ce stade.

Le cancer du plancher doit donc être abordé par une voie artificielle, soit que l'on se contente d'agrandir l'ouverture buccale, soit au contraire que l'on respecte cet orifice et que l'on crée de toute pièce une voie d'accès au travers du maxillaire ou en dessous.

Les voies d'accès peuvent ainsi se diviser en deux grandes classes : celles qui siègent sur la face, celles qui respectent la face et sont situées dans la région sus-hyoïdienne. Le tableau suivant donne le schéma des principales voies d'abord :

A. — Voie antérieure	}	a) Section médiane du maxillaire.
		b) Résection temporaire du maxillaire.
B. — Voie latérale : Partant de la commissure des lèvres et allant vers le bas.		
C. — Voie sus-hyoïdienne	{	a) 2 lambeaux.
		b) 1 seul lambeau.

Chacune de ces voies d'approche a été utilisée par les chirurgiens un bon nombre de fois ; nous donnerons les procédés les plus communément usités.

A. — Voie antérieure : Section médiane du maxillaire.

Employée par Roux en 1836.

Cette méthode a été également préconisée par Sédillot, Maisonneuve, Richet, Nélaton.

Sédillot décrit le procédé (*Médecine opératoire*, t. II, p. 35), à l'occasion d'un malade atteint d'un néoplasme de la langue s'étendant jusqu'à l'os hyoïde :

Incision sur la ligne médiane de la lèvre inférieure et du maxillaire inférieur. On poursuit la division des téguments jusqu'à l'os hyoïde.

On peut alors très facilement écarter les branches du maxillaire et enlever les parties dégénérées sans aucune manière de suffocation.

La plaie linguale guérit rapidement et pour obtenir l'immobilité des fragments osseux, on emploie une pince plate de 9-10 millimètres de long, embrassant solidement les deux fragments osseux.

PROCÉDÉS DE RICHEL.

Société de Chirurgie, 8 août 1860.

1° C'est une légère modification du procédé de Roux ; l'auteur, en effet, procédait de la manière suivante : 1° Incision sur ligne médiane divisant la lèvre supérieure dans toute sa hauteur et se prolongeant de trois centimètres au-dessous du menton ; 2° Deuxième incision partant de l'extrémité hyoïdienne de la première et longeant le bord marginal du maxillaire à un centi-

mètre en dedans de son bord interne ; 3° Section sur la ligne médiane de l'os à l'aide d'une scie à dos mobile ; 4° Séparation des attaches des muscles et des autres parties molles s'insérant à la branche gauche du maxillaire depuis la symphyse jusqu'à la dernière molaire.

NOUVEAU PROCÉDÉ RICHEL.

Au lieu de diviser le maxillaire sur la ligne médiane, l'auteur fait cette section sur l'une des faces latérales et il peut ainsi épargner les muscles génio-hyoïdiens et génioglosse. La chute de la langue est ainsi évitée.

2° Pour la section du maxillaire, il fait de même une modification en ce sens que, au lieu de faire un trait de scie vertical sur le maxillaire, il donne à sa section une certaine obliquité. Cette modification a l'avantage de remédier à la pseudanthrose si fréquemment observée dans les cas de section verticale.

3° Au-dessous du maxillaire, il fait une incision horizontale s'étendant du point de section de l'os au masseter correspondant.

Résection temporaire du maxillaire inférieur.

(BOECKEL.) — Incision horizontale passant par lèvre inférieure à 3 centimètres en dessous du bord libre et s'arrête de chaque côté à petite distance des faciales.

De ses deux extrémités partent des incisions verticales dépassant un peu le bord de la mâchoire.

Je dégage l'os au niveau et je le divise des deux côtés avec la scie à chaîne. Mais auparavant on avait foré

avec une vrille deux trous de chaque côté des traits de scie pour passer des fils de fer destinés à suturer.

Le corps de la mâchoire tenant au lambeau quadrilatère les parties molles est ensuite rabattu sur le cou et donne un libre accès dans la cavité buccale. Le bord libre de la lèvre inférieure est relevé facilement et ne gêne nullement. D'un coup de bistouri je divise transversalement la langue derrière la tumeur et je lie immédiatement les deux linguales. L'extirpation de la glande sublinguale et de partie de glande sous-maxillaire se fait à découvert ; enfin je rugine la face postérieure de la symphise, la gencive qui la revêt paraissant malade. Le fragment du maxillaire est remis en place et fixé de chaque côté par une anse en fil de fer recuit et l'on immobilise parfaitement. Suture des parties molles que l'on recouvre de compresse imbibée d'eau froide.

A son réveil, le malade remue la mâchoire avec facilité.

Quarante-huit heures après la déglutition se fait très difficilement et l'on nourrit le malade.

Une bronchite survient et emporte le malade huit jours après l'opération.

L'examen de la bouche montre à ce moment que les surfaces de section de la scie sont nécrosées dans une petite étendue et que les fils de fer ont commencé à couper le tissu osseux.

Le fragment du maxillaire est devenu assez mobile.

B. — Section de la joue à partir de la commissure labiale.

Deux procédés.

1° *Procédé de Jaeger, 1831.* — Il agrandit l'orifice buccal ; il incise transversalement la joue de la commissure labiale au muscle masseter ; il obtient un jour considérable.

2° *Procédé de Maunoury.* — Fait une première incision de la commissure jusqu'au bord antérieur du masseter ; il suit alors le bord inférieur du maxillaire jusqu'à l'angle de la mâchoire.

C. — Voie sus-hyoïdienne.

a) Méthode à deux lambeaux (sus-hyoïdienne).

Opération conçue et exécutée en 1838 par Regnoli, de Pise.

Il fit d'abord une incision médiane de la symphise du menton à l'os hyoïde ; une autre incision s'étendit de l'angle de la mâchoire à l'angle opposé parallèlement à la lèvre interne du bord inférieur du maxillaire ; il dissectionna les angles supérieurs et en forma deux lambeaux comprenant la peau et le tissu cellulaire. Alors il détacha rapidement toutes les insertions musculaires et la muqueuse le long du corps de l'os jusqu'aux piliers du voile du palais ; par cette large ouverture la langue fut amenée au dehors et il fut facile de faire l'ablation de la partie dégénérée. Le pansement fut fort simple ; on ne réunit pas les lambeaux par la suture. En six

semaines la guérison fut parfaite et sans aucun accident (1).

b) *Méthode à un seul lambeau (sus-hyoïdien).*

Ce procédé a été imaginé par Bilhoth qui, en 1874, au moment de son article, l'avait employé une dizaine de fois.

Voici la traduction du passage de son mémoire où il donne sa méthode :

« Il résulte des observations nouvelles prises soit à l'hôpital, soit dans ma clientèle civile, que le chirurgien, pour opérer d'une façon convenable, doit prendre les précautions suivantes :

« 1° La bouche du patient sera nettoyée pendant trois à quatre jours avant l'opération par les différents moyens hygiéniques : les dents seront débarrassées du tartre qui les recouvre ; les gencives, la langue, le plancher buccal devront présenter leur coloration rouge normale grâce à de fréquents gargarismes astringents.

« 2° L'incision de la région sus-hyoïdienne doit être assez grande pour pouvoir laisser passer facilement la langue.

« 3° La section de ce dernier organe et sa séparation du plancher buccal doit être faite d'après la méthode que j'ai exposée, car l'incision des muscles retarde très longtemps après la cicatrisation le mécanisme de la déglutition.

« 4° Il faut, par l'incision sus-hyoïdienne, pouvoir

(1) Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, art. langue, p. 415.

enlever tout le mal. Il est utile qu'elle ne soit pas trop éloignée du menton, de manière que dans les mâchoires auguleuses, on puisse détacher avec sûreté les muscles génio-hyoïdiens et génio-glosse ; la forme de l'incision doit être telle que les différentes sécrétions puissent s'écouler convenablement de la bouche du malade demi-assis. Regnoli a déjà reconnu l'importance de ce temps pour la réussite de l'opération.

« Cela dit, voilà comment je procède :

« Une incision d'une longueur de 7 à 8 centimètres est conduite sur le bord inférieur de la mâchoire de telle façon que le milieu de la section corresponde à la symphise mentonnière. Aux deux extrémités de cette dernière, on fait une seconde incision longue de 3 à 4 centimètres légèrement déviée en dehors ; il n'est pas nécessaire de prolonger beaucoup celle-ci vers le bas, sauf dans le cas où la tumeur s'étend très loin en arrière. Toutefois, quand on doit inciser un peu loin la muqueuse du plancher buccal, il est bon d'agrandir aussi la section de la peau, de manière qu'il ne résulte pas de la rétraction de la muqueuse un sac entr'ouvert dont les parois seraient tapissées par du tissu cellulaire lâche ; l'inflammation de ce dernier a produit maintes fois des traînées purulentes des régions sus et sous-hyoïdiennes.

« L'incision transversale est conduite jusqu'à l'os ; les deux incisions latérales comprendront la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Il est nécessaire de décoller avec la rugine le périoste de la face postérieure du maxillaire inférieur aussi loin que s'étend la première section ; cependant les muscles qui s'insèrent aux apophyses géni seront difficilement détachés avec cet instrument.

Il est utile de se servir en pareil cas du couteau ou des ciseaux, les derniers muscles incisés, on termine la perforation du plancher de la bouche au moyen du bistouri, en même temps que par les incisions latérales on divise les muscles mylo-hyoïdiens à leur partie antérieure, ainsi que la muqueuse qui les recouvre. Si l'on agrandit par en bas les deux incisions latérales, on arrive sur la glande sous-maxillaire qui est fortement abaissée par un aide ; je n'ai jamais attaché une grande importance à la conservation de cette dernière, d'autant plus que bien souvent on est obligé d'extirper les ganglions malades qui ont avec elle des connexions telles qu'il est bien difficile, sinon impossible, de la ménager. Il y a des cas fréquents où on peut la laisser intacte, comme aussi si on la sectionne à sa partie interne, il n'y a nul inconvénient à laisser en arrière les deux moitiés en ayant soin toutefois de se rappeler ce fait ultérieurement, car les portions laissées subissent une tuméfaction considérable qui peut en imposer pour des ganglions dégénérés.

« Ce premier temps, préliminaire en quelque sorte, effectué, on peut tirer complètement la langue au dehors par la région sus-hyoïdienne et la sectionner à son aise. Pendant l'opération, on peut procéder à l'hémostase de deux façons différentes : ou bien on va lier l'artère linguale à son lieu d'élection, ou pendant que l'on fait l'extirpation du mal on sépare les muscles et on dissèque le tissu cellulaire avec des ciseaux fermés ; par ce moyen on évite à peu près sûrement les gros troncs et leurs collatérales. Le cancer s'étend-il très loin en arrière ? On ne saurait être trop circonspect ; en pareille occur-

rence, il faut tâcher, en se fondant sur les rapports de l'artère linguale avec l'os hyoïde, de ne pas sectionner les vaisseaux déjà liés. Un point indispensable et auquel j'attache la plus grande importance, c'est de savoir jusqu'où s'étend l'envahissement néoplasique et de se rendre compte si l'on a tout enlevé. On doit toujours se rappeler que l'infiltration néoplasique s'étend plus largement que ne le faisaient supposer les signes physiques.

« L'hémostase faite, le chirurgien doit procéder au pansement. En cette occasion, ce qu'il y a de mieux, c'est d'attirer de chaque côté la muqueuse du moignon lingual pour la porter sur les deux lèvres de la plaie que l'on réunit au moyen de plusieurs points de suture.

« La cicatrisation est assez rapide, du moins celle de la plaie transversale ; les ouvertures latérales ne guérissent que vers la cinquième ou sixième semaine, et pendant ce laps de temps il sort par les fissures une grande quantité de sécrétion.

« Après l'intervention, le malade transporté dans son lit y sera assis la tête en avant, de manière à faciliter l'écoulement des liquides.

« Au début et jusque vers la troisième semaine, on nourrit le malade à la sonde œsophagienne. »

Procédé Verneuil. — Ce procédé est une modification de celui de Billroth ; il consiste en gros à former un lambeau musculo-cutané comprenant la peau, les muscles de la région sus-hyoïdienne et aussi la muqueuse du plancher de la bouche.

La peau et le tissu cellulaire sont sectionnés au bistouri ; les muscles de la région sus-hyoïdienne sont sec-

tionnés eux au thermo-cautère Paquelin ; enfin la muqueuse elle-même est désinsérée au bord du maxillaire inférieur.

Procédé de Kocher. — Il fait la trachéotomie préventive ainsi que la ligature de la faciale et de la linguale, soit des deux côtés, soit d'un seul côté. Incision le long du bord du sterno mastoïdien, partant du lobule de l'oreille et s'étendant jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde. La deuxième incision part du milieu de la première, suit la région sus-hyoïdienne latérale jusqu'à l'os hyoïde et remonte ensuite jusqu'à la symphyse. On rabat sur la joue le lambeau ainsi formé.

Ablation des lymphatiques carotidiens et sous-maxillaires, ainsi que des glandes salivaires où s'insère alors la sangle mylo-hyoïdienne et l'on abrase la langue et la portion du plancher atteinte. Soins post-opératoires des plus importants.

Procédé de Langenbeck, année 1877. — Incision de la peau du côté malade s'étendant de l'angle de la mâchoire jusqu'au cartilage thyroïde en direction verticale.

2° Incision de bas en haut des différentes couches jusqu'à la muqueuse qui est respectée.

Section du maxillaire au niveau de la première molaire, obliquement, d'arrière en avant disjonction des deux moitiés du maxillaire.

La langue est attirée au dehors avec une pince ; le plancher de la bouche est dissequé jusqu'au pilier antérieur du voile.

Extirpation des parties malades.

Fixation du maxillaire reséqué soit par une suture de l'os, soit une tige d'ivoire.

Procédé de M. Faure (J. L.). — Conserve également la ceinture maxillaire et dédouble dans son épaisseur l'os adhérent au néoplasme. (*Th. de Robillard.*)

Procédé Morestin. — Consiste à enlever en un bloc les parties molles situées au-dessus des génio-hyoïdiens avec le bord supérieur du maxillaire inférieur. La voie d'approche est due à une section verticale de la lèvre inférieure ; on détache la lèvre et la joue de l'os maxillaire. Interventions préliminaires.

Procédé d'Abadie. — Incision sous le rebord du maxillaire allant d'un masseter à l'autre ; la lèvre inférieure est décollée de bas en haut sans ouverture du sillon gingivo-labial ; dénudation du maxillaire qui est scié à la scie de Favabeuf à un centimètre au-dessus de son bord inférieur et parallèlement à lui.

Opération préliminaire pour préparer les régions carotidiennes.

CHAPITRE IV

M. Vallas a complété ces différents procédés et les a modifiés à divers points de vue, si bien que sa technique parfaitement réglée lui est bien personnelle et donne toutes les satisfactions possibles tant au point de vue opératoire qu'à celui du résultat fonctionnel. Les principales modifications portent sur la résection du maxillaire qui doit être définitive, sur l'isolement à la périphérie de la tumeur, enfin sur l'autoplastie muqueuse qu'il fait avec grand soin.

A. — Utilité de la résection définitive.

Parmi la foule des procédés mis au jour par les divers auteurs pour aborder la langue et aussi le plancher de la bouche, il en est peu qui abordent résolument le maxillaire inférieur pour le réséquer en totalité ou en partie de façon définitive.

Il semble que chaque opérateur soucieux de conserver au patient les avantages de sa mandibule se soit efforcé soit à le respecter dans son entier, soit au contraire de le réséquer temporairement. Ils avaient, dans ce dernier cas, grand soin de restaurer complètement et le mode de résection temporaire du maxillaire a fait couler beaucoup d'encre, chacun étant persuadé que telle ou

telle direction donnée au trait de scie pouvait avoir une importance capitale dans la solidité ultérieure.

Il est bien clair que quelle que soit la méthode employée, la résection ne s'adresse qu'à des cas où l'étendue des lésions ne permet pas une ablation suffisamment étendue par les voies naturelles. Mais ce cas mis à part, il ne paraît pas y avoir grand avantage et même au contraire il y a de sérieux inconvénients à garder le maxillaire inférieur. Et cela au point de vue opératoire fonctionnel, esthétique, et aussi même et surtout de la réunion de l'accolement des lambeaux.

Et d'abord, au point de vue opératoire, il est facile de concevoir qu'une résection allant plus ou moins loin en arrière sur la branche horizontale donne un jour énorme sur toute la région. Les différents auteurs sont tous d'accord sur ce point, aussi les résections temporaires ont-elles toutes les faveurs. Par là on coapte les fragments et le maxillaire fonctionne tout comme auparavant. Ce résultat séduisant, si l'on écarte d'autres objections qui auront leur tour tout à l'heure, est décevant : il ne se produit presque jamais. On sait, en effet, combien il est difficile de coapter exactement les fractures du maxillaire inférieur, mais en outre l'on est en présence d'une fracture ouverte au milieu des téguments ayant subi des traumatismes considérables sur une région déjà malade et que l'on prive d'une partie de son irrigation sanguine. Enfin, bref, la consolidation est fort rare et, pour preuve, il n'y a qu'à lire les comptes rendus des observations allemandes, où l'on trouve ce procédé employé le plus souvent toujours ou presque lorsque l'on revoit le malade après un laps de temps

variable le maxillaire est « encore un peu mobile ». Loin de notre pensée de prétendre que la suture du maxillaire n'est jamais solide ; ce que nous voulons dire ici, c'est que cette consolidation est toujours très longue à se produire, si tant est qu'elle se produise en temps utile, car il ne faut pas l'oublier, à quelques rares exceptions, la survie des opérés se compte par mois et non par années.

Ils ont donc un maxillaire mobile pendant une partie de leur vie, et peut-être fort gênant ainsi ; trop heureux quand l'extrémité postérieure de la branche horizontale élevée par les masticateurs qui ne sont plus contre-balancés ne vient pas pointer sous la muqueuse, l'ulcérer, et être l'occasion de douleurs véritables.

Conserver le maxillaire au point de vue fonctionnel est bien certainement, et si quelques-uns de ces maxillaires raccommodés même imparfaitement servaient à mastiquer des aliments solides, si le malade reprenait une alimentation normale, il vaudrait certes la peine d'essayer de la conserver ; mais il faut y penser, ces malades sont privés de leur langue en majeure partie ; leur plancher, même restauré, est déficient fort souvent, si bien que leur maxillaire ne sert plus à mastiquer ; il n'est plus là que pour la parade, il ne sert plus qu'au point de vue esthétique.

A ce point de vue, évidemment, nous sommes forcés d'avancer qu'on ne peut absolument pas le remplacer d'une façon parfaite ; il ne faut cependant pas oublier que la prothèse peut donner dans certains cas des résultats merveilleux. Et M. Vallas possède dans ses collections la photographie d'un malade à qui il a réséqué le

maxillaire inférieur et qui dut, pour être exempté du service militaire, invoquer sa résection maxillaire et appuyer ses dires d'un certificat chirurgical.

Mais à côté de cela, la prothèse présente un avantage énorme au point de vue des suites opératoires et surtout de la reconstitution des divers plans.

On conçoit, en effet, que le maxillaire est recouvert par des parties molles qui l'environnent et que ces divers plans sont à la mesure exacte du maxillaire : ils peuvent bien s'étirer avec de la bonne volonté, mais on sait quels dégâts on peut être conduit à faire dans le plancher : dans ces conditions, il est impossible d'arriver à étirer les muqueuses et il y a ainsi de vastes pertes de substance ; l'accolement des lambeaux muqueux et cutanés est impossible et la réparation en est par là gênée d'autant.

Avec la prothèse, on peut faire un appareil qui ne soit pas disgracieux et qui, étant de dimensions plus réduites, permette la juxtaposition plus intime des divers plans, ainsi que des sutures muqueuses plus exactes.

En plus de cette facilité plus grande des sutures muqueuses, il est encore un autre avantage à la résection du maxillaire. On sait ce qui se passe dans les cas de pleurésie purulente. Celle-ci, une fois évacuée, continue fort souvent à évoluer : il reste entre la paroi thoracique maintenue en place par le grill costal et le poumon rétracté, une vaste cavité dans laquelle se reforme du pus en quantité et la suppuration peut s'éterniser. Il n'en est plus de même quand on fait la résection des côtes : les téguments s'accolent au poumon, combler la cavité

qui se ferme peu à peu par bourgeonnement, la suppuration diminue et on assiste à la guérison.

Et bien, il en est de même quand on fait la résection du maxillaire ; le plan cutané conservé s'accole intimement à la muqueuse, aux différents muscles avoisinants et comble ainsi, par la suite, la vaste perte de substance que l'on a été obligé de faire.

C'est à cause de ces avantages que M. Vallas pratique la résection définitive du maxillaire dans tous les cas où elle est indiquée. Il va sans dire qu'il ne sacrifie pas dans tous les cas tout le maxillaire, et pour chaque intervention la longueur de l'os à sacrifier est soigneusement discutée. Mais il est un fait sur lequel on doit insister : à moins d'une tumeur extrêmement réduite comme dimensions, le trait de scie postérieur doit être situé en arrière de l'angle du maxillaire. Et, en effet, si l'on est conduit à enlever une portion assez considérable du maxillaire, la partie postérieure attenante à la portion verticale est soulevée par les élévateurs, elle gêne considérablement le malade dont les téguments peuvent être ulcérés par cette pointe. Il n'en est rien dans les cas de section rétro-angulaire ; il n'y a plus de bras de levier sur lequel puissent agir le temporal et le masseter.

Ce n'est que dans des cas tout à fait au début et lorsque la tumeur siège en avant qu'il peut être avantageux de traiter le maxillaire comme un os simplement fracturé : on met alors une prothèse immédiate et le maxillaire peut se reconsolider et les tissus bourgeonner de manière à combler la perte de substance.

Enfin, dans des cas extrêmement simples, M. Vallas a respecté lui aussi la continuité de l'arc osseux, faisant

une résection unéiforme à sommet inférieur et qui s'étend plus ou moins loin sur le rebord alvéolaire.

Par là, le principe de la chirurgie néoplasique actuelle est respecté : on enlève en bloc tout ce que l'on juge malade et l'on court au minimum des risques d'une pululation néoplasique due à l'ouverture des lymphatiques infectés.

B. — De la Prothèse.

L'usage méthodique de la résection définitive du maxillaire entraîne avec lui la nécessité d'employer des appareils de prothèse. On sait que cette branche parachirurgicale si importante a trouvé à Lyon des protagonistes zélés et son défenseur le plus ardent, son créateur en quelque sorte et à coup sûr celui qui a le plus fait pour elle. Il n'entre pas dans nos vues d'indiquer tout ce que l'on peut faire dans cet ordre d'idées pour le maxillaire inférieur, car cela on le trouvera dans les communications du docteur Martin. Qu'il nous suffise cependant de dire que l'on peut appliquer les pièces prothétiques soit avant, soit après l'intervention.

La prothèse anté-opératoire répond à deux indications différentes. La première, la plus importante, se propose d'assouplir les tissus, de les amplifier si l'on peut dire, de manière à ce que, après l'opération, le chirurgien se trouve en présence de téguments habitués aux tractions, augmentés de dimensions, et par là plus aptes à se prêter à ce qu'on va leur imposer, à savoir de prendre la place des parties enlevées.

La seconde indication de la prothèse anté-opératoire s'adresse, elle, au maxillaire lui-même. On sait, en effet,

que dans les cas où l'on a reséqué seulement une moitié de l'arc maxillaire, la moitié laissée en place peut se dévier et cela surtout en dedans, tirée qu'elle est par les téguments qui lui adhèrent et que le chirurgien a tâché d'amener au-devant des téguments du côté opéré. On conçoit tout ce que cette déformation a de désastreux, tant au point de vue esthétique que fonctionnel, et dans ce cas, pour y remédier, le chirurgien peut être conduit à fixer le maxillaire inférieur sain au maxillaire supérieur du même côté, et ainsi cette attraction du maxillaire inférieur est contrebalancé par la fixité de son homologue supérieur.

La prothèse post-opératoire peut être soit immédiate, soit tardive, et de cette dernière nous ne dirons pas autre chose que ceci : c'est elle qui est chargée de remplacer dans la vie ultérieure du malade cet os maxillaire enlevé et l'on pourra se rendre compte dans les travaux de Martin de toute l'ingéniosité que l'on peut déployer pour arriver à un résultat satisfaisant.

Pour la prothèse immédiate, ses indications sont plus restreintes. Elle ne s'applique, en effet, qu'aux cas signalés plus hauts, où la perte de substance osseuse est extrêmement petite, négligeable en somme, et à ces cas où l'on traite le maxillaire reséqué comme un maxillaire fracturé, où l'on cherche la coaptation exacte des fragments et leur consolidation en bonne position.

C. — Manuel opératoire.

Procédé de M. Vallas.

Le principe général auquel obéit ce chirurgien est que l'on doit enlever en un seul bloc, et en la circonscrivant

à la périphérie, la tumeur avec les lymphatiques de la région ; il l'a appliqué aux cancers de la lèvre et aussi à ceux de la langue. Il en est de même quand il s'agit des cancers du plancher buccal.

Au point de vue de l'intervention, on doit distinguer deux cas bien différents suivant que le néoplasme s'étend à tout le plancher et nécessite ainsi l'ablation de toute la région avec la résection de l'arc maxillaire, en entier au contraire si le cancer, limité à un côté du plancher, peut être enlevé par la résection de l'hémi maxillaire.

Dans ce cas, une ligne d'incision menée dans la région sus-hyoïdienne, parallèlement au bord du maxillaire et dépassant légèrement la ligne médiane, suffit à créer la brèche nécessaire à l'ablation de la tumeur et de ses lymphatiques. Dans le cas où tout le maxillaire doit être sacrifié, on emploiera alors l'incision en fer à cheval s'étendant dans la région sus-hyoïdienne d'un sterno mastoïdien à l'autre.

Ces lignes d'incision peuvent être modifiées dans le cas où les ganglions de la chaîne carotidienne paraîtraient envahis. Dans ce cas, la première incision est complétée par une incision secondaire siégeant sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien et parallèlement à lui. On a ainsi une incision ressemblant à un T renversé, voire même dans quelques cas comparable à un H gigantesque. Le manuel opératoire sera du reste le même dans les deux cas. Nous décrivons le procédé avec résection totale du maxillaire, puis quelques renseignements seront donnés pour certains cas particuliers.

Anesthésie à l'éther précédée d'une piqûre de morphine. Incision transversale légèrement convexe en avant barrant en jugulaire la région sus-hyoïdienne. Suivant les besoins, on peut la situer plus ou moins en arrière dans la région, ou mieux encore lui donner une convexité plus ou moins accentuée.

Elle s'étendra, pour chaque cas, suffisamment loin pour donner un jour convenable et pour que le chirurgien puisse voir et sentir la tumeur et la dépasser facilement en arrière. C'est dire que dans les cas de petite tumeur très localisée à la région sous-maxillaire, on se contentera d'un petit fer à cheval allant d'un ventre antérieur du digastrique à l'autre. Pour d'autres tumeurs envahissant la base de la langue, on reculera en arrière les extrémités de l'incision et l'on pourra même empiéter sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien. C'est l'incision de Jeremisch prolongée. Enfin, dans le cas de tumeur localisée à un seul côté du plancher, une incision commençant au-dessous de l'angle maxillaire et parallèle au bord de l'os pourra suffire et répondre à toutes les nécessités opératoires ultérieures.

La peau et le tissu cellulaire seront coupés et l'on procédera, chemin faisant, à la ligature des petits vaisseaux sous-cutanés et notamment on pincera la veine jugulaire antérieure. On découvre alors les glandes sous-maxillaires et l'on poursuit de la périphérie vers le centre tous les prolongements cellulux et lymphatiques qui se rendent aux carrefours lymphatiques sous-maxillaires.

Les artères et veines linguales, l'artère faciale avec sa veine, la sous-mentale s'il y a lieu, sont saisies et liées.

si bien qu'à partir de ce moment, surtout si l'on a soin de pincer les deux bouts, la plaie opératoire est sèche et il suffit de quelques coups de tampon donnés de temps à autre pour que l'opérateur voit parfaitement.

Le lambeau situé au-dessus de l'incision est alors disséqué avec soin. On le relève peu à peu en le séparant du tissu cellulaire sous-jacent et des fibres du peaucier les plus profondes ; on le repousse en haut et en avant, de manière à le placer peu à peu sur la face antérieure du maxillaire. Cette dissection est rapidement conduite jusqu'au cul-de-sac muqueux gingivo-labial que l'on respecte soigneusement.

On dissèque alors soit aux ciseaux, soit au bistouri, la masse néoplasique. Cette section se fait en tissu sain, en arrière du cancer, plan par plan. Il arrive quelquefois que quelques vaisseaux insignifiants saignent ; on les lie avec soin et l'on arrive jusqu'à la muqueuse dont on respecte la continuité.

Alors, mais alors seulement, dans ce troisième temps de l'intervention, on s'occupe du maxillaire que l'on doit réséquer. L'endroit où doit siéger la section importe peu ici ; qu'il suffise de dire que l'on doit réséquer du maxillaire la quantité nécessaire pour que le mal soit largement dépassé. Comme les auteurs récents et M. Morestin en particulier, M. Vallas, dans les cas simples, respecte la continuité de l'arc maxillaire, soit qu'il fasse une excision en V, soit qu'il égruge le bord supérieur du maxillaire sur une certaine étendue. Dans les cas les plus ordinaires, on enlève une moitié de maxillaire ; et la résection est préférable à la désarticulation, parce que, dans ce dernier cas, il est facile de

léses les plexus pterygoïdiens qui saignent abondamment et peuvent, par leur hémorragie, entraîner la mort.

Le trait de section antérieur se trouve, selon les besoins, plus ou moins loin ; le postérieur se trouve toujours au-dessus de l'angle du maxillaire. On dénude donc avec soin les deux faces du maxillaire. On coupe, s'il le faut, la sangle ptérygo-massétéline, mais il est préférable de la conserver.

Jusqu'à présent, la section osseuse devait être faite péniblement avec la scie à chaîne ou la scie de Gigli. Depuis quelque temps, M. Vallas emploie une fraise rotative qui coupe par le côté et l'on peut ainsi, sans traumatisme et sans secousse, faire les deux traits de scie dans le maxillaire.

L'artère du maxillaire saigne souvent abondamment et il est impossible de la saisir dans l'épaisseur de l'os ; on peut cependant l'arrêter avec assez de facilité en l'écrasant avec une pince au travers des tables du maxillaire.

On ouvre alors la bouche, on attaque la langue, on la dédouble, s'il y a lieu, on soulève les portions infiltrées et l'on coupe toute la portion de la muqueuse qui semble envahie sur tout le pourtour du bloc isolé. On doit exécuter ce dernier temps très vivement, car toujours à ce moment il y a une hémorragie qui inonde la cavité buccale et pourrait pénétrer dans les voies aériennes si l'on ne veillait avec soin à dégager l'arrière-gorge avec des tampons montés sur pinces.

La tumeur est dès lors enlevée ; elle forme un bloc plus ou moins volumineux et présente à sa périphérie

des stalactites formés par les trajets lymphatiques disséqués.

La muqueuse buccale saine est soigneusement conservée : c'est là un point important de la méthode, car l'on doit autant que possible recouvrir la face cruentée, qui formera désormais le plancher de la bouche, par une couverture muqueuse. Si l'on veut bien, en effet, se rappeler combien reste septique le milieu buccal, quelles que soient les précautions antérieures, quelle vaste surface d'absorption forme ce tissu cellulo-graisseux de la région cervicale et aussi ses communications avec toutes les régions conjonctivo-graisseuses de la partie supérieure du corps, on comprendra tout l'avantage d'un feuillet muqueux imperméable, habitué au contact du milieu.

L'excision faite, on réunit par des points de suture aussi étanches que possible les divers lambeaux muqueux conservés, puis par dessus on applique les deux moitiés cutanées de la région sus-hyoïdienne que l'on suture également.

Il se forme dès lors comme une double cloison : l'une muqueuse aussi complète que possible, la seconde purement cutanée qui est celle dont semblent se contenter bon nombre d'auteurs. Entre deux se trouve un espace mort légèrement suintant, espace que l'on draine en mettant dans chacun des angles de la plaie une mèche légèrement compressive.

L'acte chirurgical est dès lors terminé : mais des soins sans nombre doivent entourer ces malades pour tâcher de les protéger contre la foule d'accidents qui les menacent à chaque instant : chaque jour gagné mar-

quant cependant une étape vers une guérison plus assurée.

Mais avant de passer à l'étude de ces différentes complications et à celles des soins consécutifs, il me semble bon d'insister encore une fois sur la résection muqueuse du plancher de la bouche. L'intérêt de ce temps opératoire n'est pas douteux et c'est peut-être pour n'en avoir pas tenu un compte suffisant que la mortalité est toujours aussi élevée.

Plusieurs conditions peuvent se présenter après l'ablation des parties malades : elles sont, hâtons-nous de le dire, réalisées uniquement par l'étendue de l'infiltration néoplasique. Dans un premier cas, une portion de la langue a pu être conservée et ainsi la muqueuse des gencives rester saine. C'est là le cas idéal, celui où la résection est le plus commode.

D'autres fois, au contraire, on a été conduit à faire l'ablation complète de la langue, mais la muqueuse des gencives, soit des deux côtés, soit d'un seul côté, a pu être conservée en partie.

Enfin, dans le dernier cas, le moins favorable assurément, on a été obligé de supprimer absolument toute la muqueuse des gencives, celle du plancher, et aussi la langue dans son entier.

A chacun de ces états correspond une technique différente que nous nous proposons d'indiquer ici.

Loin de nous la pensée et la prétention de vouloir remplir les indications présentées par chaque malade : nous voulons seulement montrer quelle méthode générale il sera possible d'appliquer : avec des variantes

imposées et cela dans chacun des trois groupes devant lesquels on peut se trouver.

Dans le premier cas, les lésions sont suffisamment circonscrites au niveau de la langue pour que l'on puisse en conserver une portion. Cette portion peut être soit une des parties latérales, soit au contraire la portion dorsale de cet organe. En effet, une lésion siégeant uniquement sur un des bords latéraux de la langue, ou au contraire uniquement localisée à la face inférieure, peut respecter absolument toute la portion la plus éloignée de l'endroit où elle est située.

Dans le cas d'une lésion latérale, il suffira de sectionner la langue sur la ligne médiane du plus ou moins loin du côté sain, de façon à dépasser largement les limites du mal.

Il reste ainsi une semi-langue qui peut servir à la réfection du plancher de la manière suivante : cette hém-langue restée saine est élargie, ouverte en quelque sorte comme par une incision siégeant sur sa tranche cruentée et à égale distance des bords supérieurs et inférieurs. On ouvre donc la langue comme un livre et l'on amène le bord supérieur de la tranche du côté où se trouvait la portion néoplasique enlevée, le bord inférieur du côté où les lésions étaient le moins avancées. La langue repose ainsi par sa face cruentée sur la face cruentée du lambeau entamé et il se fait rapidement des adhérences entre deux.

La face supérieure, celle correspondant à la cavité buccale, est ainsi composée uniquement de muqueuse linguale imperméable et habituée au contact des microbes buccaux.

Il n'y a qu'au niveau des bords latéraux, au niveau de la suture, que les bord muqueux même affrontés le plus exactement possibles, ne présentent à peu près jamais une coaptation suffisamment parfaite pour être étanche. En outre, ces lambeaux muqueux, loin de ressembler aux séreuses, ont très peu de tendance à contracter des adhérences entre eux et pendant un certain temps au moins il passe au travers de la ligne de suture des sécrétions buccales qui peuvent infecter le tissu cellulaire sous-jacent ; mais l'on voit combien se trouve réduite la surface d'absorption par suite de l'accolement des surfaces cruentées.

De même, dans le cas de conservation de la portion supérieure de la langue, les choses se présentent à peu près de la même façon, mais les temps opératoires sont simplifiés. Il arrive, en effet, certains cas où la tumeur localisée au niveau de la portion médiane du plancher et de la face inférieure de la langue respecte entièrement la muqueuse de la face supérieure.

Cette muqueuse est dès lors précieusement conservée. Si pour assurer sa vitalité on conserve au-dessous d'elle ce que l'on peut garder du tissu musculaire lingual. Nous répéterons encore une fois que jamais le désir de conserver de la muqueuse ou des parties molles ne doit empêcher de dépasser largement les parties malades et d'opérer un tissu absolument sain.

Dans ce cas, on dédouble la langue en la saisissant de chaque côté et sur le milieu de sa longueur par une pince à griffes, et aussi au niveau de sa pointe par une troisième pince. Les pinces de Tuffier peuvent, pour cet usage, rendre les plus grands services. On étend ainsi la

langue, on la fixe, et il est alors facile de séparer, avec des ciseaux, le bon du mauvais, la portion supérieure qui reste d'avec la portion inférieure, qui fera partie du bloc enlevé.

La muqueuse laissée est alors abaissée, accolée au lambeau entamé et suturé sur les côtés à la muqueuse des parties latérales, gencives ou joues. Le même inconvénient se présente dans ce cas comme dans le précédent : les sutures ne sont pas étanches. Il ne faudrait cependant pas en conclure qu'il n'y a pas avantage à conserver un plancher muqueux aussi complet que possible, dans les cas précédents comme dans les cas suivants, moins favorables encore puisque dans certaines opérations on n'arrive pas à recouvrir tout le lambeau cutané d'un revêtement muqueux.

Il est à remarquer d'abord que les faces cruentées muqueuses et cutanées font rapidement entre elles des adhérences qui diminuent d'autant la surface d'absorption et en outre qui, sur les côtés, au niveau des sutures, se trouvent placées des mèches hémostatiques qui sont en même temps placées le plus heureusement possible pour empêcher les produits buccaux de passer entre les deux plans et, par conséquent, interdisent dans une large mesure l'infection d'origine buccale.

Assurément, au bout de deux à trois jours, on est obligé de retirer ces mèches imbibées de produits septiques qui feraient, à partir de ce moment, un excellent foyer de pullulation microbienne, mais à ce moment déjà des adhérences larges et nombreuses ont pu se produire entre les deux étages du plancher et, en outre, dans les points accessibles aux produits septiques, des

granulations ont eu le temps de proliférer, chacune d'elles étant un organe de défense.

Dans les cas moins favorables, où l'on n'a pu garder la muqueuse linguale ni celle du plancher proprement dit, le feuillet muqueux sera emprunté comme on pourra aux débris muqueux du sillon gingivo-jugal et à tout ce qui aura pu être conservé comme muqueuse.

Enfin, dans le cas où l'on a été obligé de sacrifier cette portion même, le revêtement sera assuré tant bien que mal par la muqueuse des joues et la lèvre inférieure qui pourront être, à cet effet, disséquées et rendues mobiles sur une certaine longueur, puis amenés sur la ligne médiane, et suturées du mieux que l'on pourra.

C'est dans ces cas que l'ingéniosité du chirurgien peut se donner libre cours, et il devra se croire payé de ses efforts s'il a pu conduire à bien cette délicate auto-plastie.

Il va sans dire que dans ces cas, surtout ceux où l'on a disséqué la muqueuse des joues et de la lèvre, on doit pratiquer un tamponement aussi exact que possible et que l'on devra redoubler les soins consécutifs à l'acte opératoire.

CHAPITRE V

Soins pré et post opératoires.

Avant d'aborder une intervention dont la gravité est suffisamment marquée par le grand nombre des malades qui meurent les jours suivants, il est de toute importance de prendre quelques précautions et de les avoir, pendant huit jours au moins, sous la main, si l'on peut ainsi dire. Pendant ce laps de temps, les malades sont familiarisés avec une foule de soins qu'ils auront à prendre après leur intervention dans des conditions bien moins favorables : mais aussi et bien plus, on pourra désinfecter leur cavité buccale, faire arracher s'il y a lieu des dents cariées, refréner par des cautérisations une tumeur trop exubérante et trop suintante.

Tous ces soins préopératoires, sur lesquels les auteurs ont insisté à juste titre, ne doivent pas être négligés, et peu importe la méthode employée, pourvu que l'on arrive au but, à savoir la désinfection la plus complète possible de la cavité buccale. Tous les antiseptiques faibles y ont été successivement employés : le chlorate de potasse a semblé un moment réunir tous les suffrages, depuis et tour à tour l'acide phénique en solution, l'eau oxygénée, les essences aromatiques ont été préconisés, mais ce qui importe le plus ce n'est pas l'emploi de tel

ou tel produit, mais bien l'action mécanique et répétée d'un milieu bactéricide dont la bouche doit être, le plus fréquemment possible, imbibée, les dents brossées, la muqueuse frottée.

A Lyon, l'eau oxygénée semble être employée le plus fréquemment ; son mode d'action répond, en effet, à diverses indications ; antiseptique par son oxygène, elle est encore très hémostatique, et son emploi en solution étendue peut encore rendre de grands services dans le cas d'une tumeur ulcérée saignant avec facilité : de plus, l'eau oxygénée est faiblement irritante et n'est pas toxique.

Après l'intervention, les soins les plus minutieux doivent entourer ces malades et c'est surtout pour eux que l'on peut dire que l'acte chirurgical, si bien conduit soit-il, n'est qu'un leurre s'il n'est suivi d'une surveillance incessante.

Trois grands écueils sont à éviter dans le traitement consécutif des cancers de la région buccale : l'hémorragie, primitive ou secondaire : le collapsus cardiaque et la broncho-pneumonie.

L'hémorragie peut survenir soit dans le cours de la première journée ; elle est alors dite primitive. C'est, en général, un suintement en nappe o ubien des plexus veineux profonds liés au cours de l'intervention qui se remettent à donner. La gravité d'un pareil accident est facile à saisir : on a affaire avec des malades affaiblis par leur maladie et qui ont perdu du sang en grande quantité ; ils sont en équilibre instable et la moindre cause arrive à les mener au collapsus.

C'est pourquoi on doit surveiller attentivement ces

malades pendant toute la période du shock ; une infirmière doit être placée en permanence auprès d'eux et prévenir à la moindre alerte. Un tamponnement plus serré, un pansement plus exact, une injection de sérum de cheval peuvent avoir raison de cette hémorragie.

L'hémorragie secondaire est tout autre ; généralement due à la suppuration, elle indique un état grave, et lorsqu'elle est causée par l'ulcération d'un gros vaisseau, elle peut entraîner rapidement la mort ; contre elle, il n'est qu'une ressource : c'est de faire sauter les points de suture et pincer ce qui saigne.

Le collapsus cardiaque peut être conditionné par les hémorragies opératoires ou post opératoires, mais aussi et simplement par la longueur de l'intervention, le shock chez des malades âgés et affaiblis ; il est inutile d'insister sur le bienfait d'une opération rapidement conduite et sur la recherche soigneuse de tous les points saignants. Contre lui on instituera un traitement toni-cardiaque approprié, les injections de sérum, de caféine ou d'huile camphrée en formeront le substratum.

Reste maintenant la dernière cause de la mort dans les interventions sur la voie buccale : la broncho-pneumonie. A elle seule l'infection pulmonaire entraîne la mort post opératoire de la grosse majorité des malades, de presque tous faudrait-il dire : la longueur de l'intervention, la déglutition dans la trachée du sang ou des aliments, la faiblesse cardiaque, en sont les principales causes prédisposantes. Le milieu hospitalier a droit à une place à part.

C'est pourquoi, autant qu'on le pourra, on devra mettre ces malades dans une chambre particulière, bien

aérée et de température constante ; ils seront sinapisés dès la fin de l'opération, aussitôt rapportés dans leur lit et cela de façon systématique, en ayant bien soin de ne pas les brûler.

L'usage préventif de l'oxygène, pris de façon très fréquente dans la journée et à doses massives, semble donner les résultats les plus satisfaisants au point de vue de la défense pulmonaire. Ces inhalations alternent avec des pulvérisations antiseptiques faites dans la chambre. Au cours de l'intervention, on veillera avec le plus grand soin à empêcher le sang d'inonder les voies respiratoires. La trachéotomie préventive, la position de Rose ont été préconisées ; en réalité il semble, et la pratique de M. Vallas confirme cette manière de voir, qu'il suffit de n'ouvrir la muqueuse buccale qu'au dernier temps opératoire et de tamponner avec soin le sang qui pénètre dans la bouche.

Dé même pour les aliments, une sonde passée par le nez, voire même par la bouche, met à l'abri de ces déglutitions de liquide dans la trachée qui se traduisent par une mort rapide soit par asphyxie immédiate, soit par broncho-pneumonie à marche foudroyante. Les autres procédés, gastrotomie ou alimentation rectale, doivent être rejetés : le premier à cause du shock opératoire surajouté, le second à cause de son insuffisance.

Comme toujours, on doit surveiller la sonde avec le plus grand soin, se rendre compte qu'elle est bien placée dans l'œsophage et avoir soin de la changer de narine au bout de quelque temps, de manière à prévenir l'ulcération de la cloison nasale.

La circulation du sang dans le poumon se fait mal

chez les gens âgés, condamnés au lit ; aussi ces malades seront-ils assis dès la première journée et levés aussitôt que possible ; l'alcool, la digitale exciteront leur cœur et leur système nerveux.

Enfin, des pansements et des lavages fréquents maintiendront autant que possible ces malades dans l'état de propreté le plus grand qu'il est permis ; on facilitera également leurs relations avec les personnes environnantes, en leur procurant de quoi écrire, de manière à pouvoir les soulager et remplir leurs désirs dans les limites permises.

En somme et pour résumer, une surveillance de tous les instants est indispensable à l'égard de ces malheureux séparés du reste du monde, et cela pendant de longues semaines, et chaque indication qui se présentera dans le cours de la période post opératoire doit être remplie d'une façon en quelque sorte préventive.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. (Général.)

(M. VALLÉE.)

F. J. C., 61 ans, Rumilly.

Le malade est un ancien militaire, qui pendant sa jeunesse a eu à plancher de la bouche et couant de 4 à 5 mill. Il n'y a pas d'antécédents néoplasiques dans sa famille. Son père est mort d'un refroidissement. Sa mère a dû subir une affection cardiaque. Deux frères morts également l'un de la variole, le deuxième d'une pneumonie. Le malade est en bonne santé.

Personnellement, il a toujours été en assez bonne santé. Il n'a, en particulier, fait aucune maladie sérieuse. Il fut réformé au service militaire pour infirmité de cœur. Il est resté célibataire et n'a eu des relations sexuelles et aussi toute contamination vénérienne. Depuis plusieurs années, le malade souffrait des dents. C'est vers la fin par hasard, qu'il y a 4 ou 5 mois, il éprouva une sensation de gêne dans la région du plancher buccal. Peu de temps après, cependant à aucun moment de l'évolution de la maladie. Peu à peu cette gêne s'est accentuée, modifiant le flux alimentaire. En même temps, une tuméfaction apparaissait, grosse d'abord comme une olive, élevée à la partie antérieure du frein de la langue, entre celle-ci et le maxillaire, mais plus près de la langue que de se terminer, et par en croit le malade. Il y a 2 mois 1/2, le malade consulta un médecin qui lui ordonna des gargarismes, puis le malade de quelques jours, l'envoie à Lyon.

A l'entrée : malade ne permettant pas trop d'être touché.

qu'il dise s'être un peu « affaïssé » cet hiver. Pas de perte d'appétit. Pas de perte de forces trop accentuée.

Localement : l'inspection montre l'absence d'une grande quantité de dents au maxillaire inférieur. Il ne reste que les deux grosses molaires de chaque côté, la canine droite et l'incisive voisine. La langue présente des modifications intéressantes à l'examen. La pointe est rétractée et a comme disparu, tandis que l'organe a pris des dimensions transversales exagérées. En même temps, le côté droit est plus volumineux.

Quand on dit au malade de lever la langue, celle-ci est attirée du côté droit, où elle est adhérente. Disparition du fillet lingual dans une tuméfaction comblant en masse le creux sublingual. Cette tuméfaction étendue de chaque côté fait disparaître la dépression normale et crée comme un nouveau plancher au niveau du bord supérieur alvéolaire, délimitée à peine par un petit sillon de ce bord lui-même. La coloration est rouge vif.

La palpation montre une induration extrême de toute cette masse néoformée. Le doigt buccal explorant en même temps que le pouce la région sous-maxillaire, reconnaît une infiltration étendue surtout du côté droit. De ce côté, on reconnaît l'adhérence solide de la langue et on n'arrive pas aux limites de la tumeur en arrière. Du côté gauche au contraire, le doigt limite facilement le bord postérieur de la tumeur qui est arrondi, dur comme partout, non douloureuse. Cette palpation est bien supportée par le malade et on est frappé de cette indolence caractéristique.

On sent des ganglions volumineux dans la région sous-maxillaire. On n'en sent aucun dans la région carotidienne.

Voix empâtée, monotone. Le malade dit ne pas sentir sa langue et a la sensation de l'avoir avalée. Parfois quand il baille, il est pris de peur subite et résiste à cette sensation d'avalement.

Intervention le 11 mai 1911.

On fait une piqûre de morphine un quart d'heure avant l'intervention et l'on pratique l'anesthésie à l'éther.

Incision en jugulaire dans la région sus-hyôïdienne empiétant sur les deux stérno-mastoïdiens, on coupe la jugulaire extérieure et antérieure qu'on lie immédiatement. On recherche dans la profondeur et loin en arrière des deux glandes sous-maxillaires les artères linguale et faciale sur lesquelles on pose une ligature et aussi sur leurs veines satellites.

On dissèque le lambeau inférieur sur une faible étendue pour pouvoir isoler les trajets lymphatiques sur une plus grande longueur et l'on va de la périphérie vers le centre en disséquant la région jusqu'à la limite de l'induration néoplasique.

On dissèque alors le lambeau supérieur et on le fait passer en avant au-dessus de la face antérieure du menton on s'aperçoit alors que un bourgeon néoplasique a traversé le maxillaire et commence à envahir le tissu cellulaire sous-cutané sous-jacent à la peau du menton, on évite soigneusement ce bourgeon et l'on isole la peau avec le plus grand soin. On arrive ainsi jusqu'au repli gingivo labial et l'on se reporte alors dans la région sus-hyôïdienne où l'on sectionne en plein tissu sain de manière à isoler toute la masse néoplasique.

On arrête l'incision au niveau de la muqueuse.

On isole alors les deux faces du maxillaire avec le plus grand soin, on repousse en arrière la sangle ptérygo massétérine de l'un et de l'autre côté, puis on scie à la scie à chaîne le maxillaire au-dessus de l'angle postérieur du maxillaire.

On sectionne alors tous les tissus très rapidement en épongeant le sang qui s'écoule en nappe par la tranche de section.

On ouvre alors la bouche et l'on dédouble la langue à coups de ciseaux et l'on rejoint sur les côtés l'incision déjà faite.

Les temps sont conduits très rapidement, car les temps de déglutition du sang sont par là réduit au minimum : on tamponne l'arrière gorge et l'on passe au temps suivant : l'isolement de la cavité buccale.

Pour ce dernier temps, on emploie la moitié supérieure de la langue que l'on étend à la place du plancher et l'on fait des sutures aussi exactes que possibles de ce tronçon de langue avec la muqueuse des lèvres en avant, des joues sur les côtés. On rabat la peau par dessus et l'on suture avec soin après avoir mis de chaque côté une petite mèche qui doit assurer l'étanchéité relative des sutures muqueuses.

On met une sonde à demeure.

Le malade est reporté dans son lit sinapisé, on lui prescrit de l'alcool et une potion de digitale. Des inhalations d'oxygène sont faites toutes les deux heures et cela d'une manière préventive.

Les suites opératoires furent excessivement simples ; les mèches furent ôtées au troisième jour et des lavages fréquents institués dès le second jour.

La plaie se cicatrise très rapidement.

Le malade a perdu sa salive pendant assez longtemps, mais un mois après l'intervention, il a commencé à avaler par la bouche du lait et des aliments liquides.

La parole est encore gênée, mais il peut avec de l'attention se faire comprendre des gens qui ont l'habitude de l'entendre.

A l'heure actuelle, moins de deux mois après l'intervention, il est absolument guéri au point de vue opératoire ; il n'y a pas de traces de récurrence ; les tissus sont souples, il n'y a point de ganglions. On comprend bien le malade qui commence à avaler du pain.

Les photographies ci-jointes montreront et l'importance de la pièce enlevée et des résultats esthétiques obtenus sans prothèse d'aucune sorte.

OBSERVATION II.

M. G..., 55 ans, voiturier.

Le malade entre parce qu'il est envoyé par son médecin avec le diagnostic d'épithélioma de la langue. Il y a trois mois, le malade éprouva des picotements au niveau du bord gauche de la langue, et de la gêne à la mastication.

A l'examen : on constate à la face inférieure de la langue à gauche, une ulcération longue de trois centimètres environ, empiétant sur le plancher de la bouche et ne laissant qu'une petite partie de muqueuse saine le long du maxillaire. Cette ulcération à fond anfractueux recouvert d'un enduit jaunâtre est dure à la base. L'induration s'étend en profondeur dans les muscles de la langue jusqu'à la partie médiane. La langue à ce niveau est même décollée par l'ulcération qui s'insinue assez profondément dans le plancher de la bouche. Gêne considérable de la parole et de la déglutition, pas de douleurs. Deux ganglions sous-maxillaires. Quelques ganglions carotidiens. Le malade est un gros fumeur. Pas de syphilis.

Intervention le 4 juin 1911.

Incision en T dont la branche horizontale est parallèle au bord inférieur du maxillaire, dissection de la région carotidienne, on enlève en bloc tout le tissu cellulaire, on remonte vers la région envahie et on circonscrit par la périphérie l'îlot néoplasique. On conserve la portion gauche de la langue qui sert à établir le plan muqueux. Résection de l'hémimaxillaire droit.

L'intervention est rapidement conduite et le shock est minimum.

8 juin. — On enlève la mèche, on fait des lavages de la cavité buccale et de l'espace mort sous-cutané, on prescrit de l'oxygène, de la digitale, des pulvérisations antiseptiques.

12. juin. — Le malade a de la température, son pouls est fréquent et rapide, l'état général reste bon, cependant la température est tombée, la plaie cicatrisée.

20 juin. — Le malade est guéri, il avale les liquides, parle distinctement, mais par suite de la déviation en dedans de l'hémi-maxillaire restant, on sera obligé de faire un appareil de prothèse.

OBSERVATION III.

D. A., 55 ans, photographe.

Ce malade âgé de 55 ans est d'abord allé en Suisse pour se faire opérer. On lui fit une séance ou deux de radiothérapie et on pensa avoir assez fait pour ce malade que l'on jugeait inopérable.

Le malade vient pour une ulcération du plancher de la bouche datant de trois mois environ. Il ne souffre pas ; il accuse cependant un peu d'otalgie. La gêne fonctionnelle est presque nulle ; il n'a pas d'embarras de la parole ni de gêne à la déglutition mais déjà quelquefois des douleurs du côté de la tête.

A l'examen : on constate que la région est prise sur une large étendue. Tout d'abord, on aperçoit une petite tumeur qui siège à la base du frein de la langue. En avant, on trouve un sillon assez profond creusé aux dépens du plancher. Toute la région présente une teinte rouge violacée. Les gencives sont oedématisées et saignantes. Le plancher est induré sur toute sa moitié droite.

Ganglions sous-maxillaires volumineux. Pas de ganglions carotidiens.

Intervention le 13 juin 1911. — Incision parallèle au bord supérieur du maxillaire inférieur allant jusqu'au niveau de l'angle antérieur et se prolongeant en arrière jusqu'au gonion. On circonscrit la tumeur suivant la technique décrite et on ligature les vaisseaux linguaux et faciaux sous la sous-maxillaire que l'on dissèque avec le plus

grand soin et aussi les ganglions qui se trouvent en quantité considérable dans la région sous-maxillaire : on recherche et l'on découvre systématiquement les ganglions de la région sus-hyoïdienne médiane attenants au muscle mylo-hyoïdien. Les trajets lymphatiques forment de petits lambeaux qui perdent autour de la masse à enlever et que l'on circonscrit. On dénude le maxillaire en bon lieu, c'est-à-dire au-dessus de l'angle sur la branche montante et en avant au niveau de l'angle antérieur. On scie avec la scie rotative, le trait de scie est facilement fait sans peine ni secousses au maxillaire.

Ablation en un bloc de toute la tumeur en ayant soin de comprendre la moitié droite de la langue qui se trouve indurée et porte une ulcération au niveau du frein.

L'hémostase est rapidement conduite et l'on suture la moitié de la langue à la muqueuse de la joue. La portion antérieure est laissée libre et fermée et fixée en avant, ce qui fait qu'il reste en dehors de la bouche l'extrême pointe de la langue que l'on ne peut entrer. Mèche entre le plan muqueux et le plan cutané.

14 juin. — La nuit a été très agitée ; le malade est un grand alcoolique, il s'est levé une partie de la nuit. Cependant le poulx est ample et fort à 110, on prescrit de la digitale, des pulvérisations de l'oxygène, on laisse encore la mèche.

15 juin. — La nuit a été meilleure, le malade ne tousse ni ne crache, son poulx est bon ; l'extrémité de sa langue restée au dehors se sphacèle un peu, mais les sutures sont parfaitement tenues, le malade déglutit sa salive en partie et essaye de parler malgré toutes les défenses qui lui sont faites.

On enlève la mèche et l'on pense à plat après un lavage très soigneux à l'eau oxygénée.

17 juin. — L'extrémité de la langue est sphacélée, on l'enlève d'un coup de ciseau. Les sutures sont presque étanches, le pansement est à peine souillé.

L'état général est excellent.

20 juin. — On ôte les fils, la plaie est parfaitement cicatrisée, il ne reste plus tout à fait en arrière qu'une toute petite ouverture par où sort encore un peu de salive.

Mais le malade commet des imprudences, il se plaint d'avoir trop chaud et de découvrir fréquemment, surtout la nuit, il ne présente cependant plus d'agitation.

25 juin. — On considère le malade comme guéri, il se lève dans la journée, pour venir au pansement, on pense pouvoir lui ôter sa sonde nasale.

28 juin. — Le malade qui allait fort bien jusqu'à cette date prend une température de 40° le soir, son pouls reste cependant fort à 110, il passe la nuit dans un état d'agitation extrême, malgré une potion opiacée, on prescrit de nouveau de la digitale.

29 juin. — L'état est toujours le même, agitation très vive, délire par moment, le pouls reste bon. A l'auscultation ont trouve dans les deux poumons des râles pris disséminés dans toute leur hauteur ; le malade devient asphyxique.

20 juin. — Le malade meurt asphyxique, les signes pulmonaires se sont encore précisés. L'autopsie ne peut être faite à cause de l'opposition de la famille, mais nul doute que le malade n'ait succombé à une broncho-pneumonie. Localement l'état des tissus est des plus satisfaisants.

OBSERVATION IV (inédite).

(M. VALLAS.)

Is. B..., 48 ans, cultivateur, entre le 14 mai 1902. Mort dans le courant de 1908.

Depuis six mois le malade s'était aperçu d'une petite grosseur dans la région sous-maxillaire. Mais depuis, toute la langue se tuméfia et il vit apparaître une ulcéra-

tion dans sa région sublinguale. Il souffre dans l'oreille depuis trois mois.

Opéré le 20 mai. — Désarticulation de l'hémimaxillaire inférieur droit, ablation totale de la langue et du plancher de la bouche.

Il sort en juin guéri opératoirement, son état général s'est relevé rapidement. Malgré l'ablation complète de la langue et du plancher, la parole est compréhensible, mais la déglutition est encore gênée.

Le malade revient en 1903 pour se faire voir, il semble que les tissus sont un peu indurés.

Une lettre du docteur Perreynoud, à Gryrian, apprend la mort du malade dans le courant de 1908. Le décès est consécutif à un cancer de la face.

OBSERVATION V (inédite).

(M. VALLAS.)

François-Eugène T..., mécanicien au P.-L.-M., La Voulte (Rhône, Ardèche).

Néoplasme du plancher de la bouche ayant débuté il y a six mois.

La langue est dure, immobile, semble collée au plancher buccal.

Sous la pointe de la langue petites masses néoplasiques bourgeonnantes.

Ganglions sous-maxillaires bilatéraux.

Le 5 juillet. — Intervention. Incision en fer à cheval, dissection de la région, ablation en masse du néoplasme et du maxillaire.

Prothèse immédiate (D^r Martin).

On ne peut remédier la muqueuse sous l'appareil de prothèse.

Section de la peau.

Le 7 octobre. — Dans un but esthétique, on résèque les branches du maxillaire en arrière de l'angle de la mâchoire.

Le 14 novembre. — On fait une nouvelle intervention et l'on fait une autoplastie.

Les suites en furent simples et le malade partit guéri.

Il a été revu dans le courant de 1910 sans trace de récidive.

OBSERVATION VI (inédite).

(M. VALLAS.)

Pierre O..., 55 ans, cultivateur, Chavanay (Loire), entré le 11 janvier 1900, sorti le 30 janvier 1900.

Il y a 10 mois, le malade s'aperçut d'un petit bouton siégeant sur le plancher buccal et qui a envahi peu à peu le filet lingual et le côté droit du plancher jusqu'au sillon gingivo lingual. Les gencives droites elles-mêmes sont envahies.

Le 13 janvier. — Intervention. Ablation de la tumeur par une incision circulaire portant sur toute la portion droite du plancher et remontant sur la face inférieure de la langue.

Le 15 janvier. — On enlève les fils et le tampon sublingual, lavages à l'eau boriquée.

Le 30 janvier. — Le malade part, sa plaie bien cicatrisée. Il parle et mange assez facilement.

OBSERVATION VII (inédite).

M. VALLAS.

Louis P..., 44 ans, cultivateur, Saint-Savin (Isère), entre le 30 juin, sorti le 24 novembre 1900.

Cancer du plancher de la bouche qui a débuté il y a

deux mois par une petite tumeur siégeant sur le plancher de la bouche au niveau de la canine. Cette tumeur grossit rapidement, elle recouvre maintenant toute la partie droite du plancher et envahit la moitié gauche.

La partie inférieure de la langue est également envahie. On sent deux ganglions.

7 juillet. — Résection du maxillaire inférieur jusqu'aux premières molaires. Ablation de la tumeur. Prothèse immédiate. Après l'opération, température élevée. Mauvaise alimentation, l'état général s'abaisse. On attribue la fièvre à l'inanition. On place sans anesthésie une sonde œsophagienne et aussitôt l'état s'améliore.

24 septembre. — Le malade sort. Il n'a consenti à s'alimenter sans la sonde que depuis 15-20 jours. Etat général très amélioré. La prothèse définitive n'est pas encore placée.

OBSERVATION VIII (inédite).

(M. VALLAS.)

N° 299, 1901. R. T., 6 janvier, concierge, entré le 17 avril 1901, sorti le 26 mai 1901.

Le début de l'affection remonte à 5 mois, il s'est fait par des douleurs violentes au niveau de l'oreille d'abord puis localisés dans la région sous-maxillaire.

A l'examen, tumeur du bord gauche de la langue avec envahissement du pilier et du plancher buccal.

On sent un paquet ganglionnaire dans la région sus-hyoïdienne droite.

Intervention le 17 avril 1901.

Incision le long du bord inférieur du maxillaire perpendiculaire d'une deuxième incision verticale le long du bord du sterno-cléidomastoïdien. On dissèque en le laissant adhérent au maxillaire le paquet ganglionnaire suspect aussi haut que possible. Ligature de la faciale et de la

linguale. Le maxillaire est dénudé sur ses deux faces.

2° Temps. Section de la branche horizontale du maxillaire au niveau de la canine. La dénudation du maxillaire est achevée, l'apophyse coronoïde sectionnée à la cisaille et l'os désarticulé.

3° Ablation de la tumeur, le trait de section passe par le pilier antérieur et le sillon glosso epiglottique et se termine sur le bord droit de la langue dont on ne laisse qu'un petit moignon adhérent.

4° Isolément de la cavité bucco-pharyngienne par la suture de la muqueuse du pharynge et de la joue au moignon lingual.

26 mai. — Le malade se remet rapidement, les plaies sont cicatrisées, il sort.

Le malade a été revu le 28 mars 1903, il a été bien portant jusqu'à cette date, mais il revient porteur de ganglions carotidiens gros et douloureux dans lesquels on constate une récidue.

La parole est possible, la déglutition des liquides très facile, celle des solides gênée.

OBSERVATION IX (inédite). . .

(M. VALLAS.)

Frédéric Darbois, 62 ans, 14, rue du Nord, 24 novembre 1909. Néoplasme du bord droit de la langue infiltrant la muqueuse du plancher.

Petit ganglion sous-maxillaire à droite.

26 novembre. — Incision le long du bord inférieur du maxillaire. Ablation de la glande sous-maxillaire des ganglions, évidemment de toute la loge jusqu'à la muqueuse du palais de la bouche.

Ablation du néoplasme de la langue et incision d'une partie de la muqueuse du plancher.

Fermeture de la plaie cutanée.

On arrose la langue aux bords de la muqueuse du plancher et on arrête ainsi l'hémorragie et on isole.

15 décembre 1909. — Le malade part à peu près guéri.

.. OBSERVATION X (inédite).

(M. VALLAS.)

François Voisin, 66 ans, entré le 27 novembre 1910.

Néoplasme du frein de la langue. Il y a cinq mois à la suite d'une piqûre du sillon gingivo buccal, il se développe une ulcération qui évolue vers la malignité.

A l'examen, ulcération de trois centimètres bourgeonnante et sanieuse, les ganglions sous-maxillaires sont pris.

8 octobre. — Intervention. Ablation des glandes sous-maxillaires droite et gauche et des ganglions circonvoisins que l'on suit jusqu'à la partie antérieure du menton.

Extirpation de la moitié droite de la langue et du plancher, suture muqueuse.

20 octobre. — Part localement en bon état, la pointe de la langue s'est éliminée.

OBSERVATION XI (inédite).

(M. VALLAS.)

A. M..., 66 ans, mécanicien, entré le 7 mars 1904, sorti le 2 mai 1904.

Il y a cinq mois, le malade présente de la gingivite et des douleurs assez vives au niveau des incisives inférieures. Ces dents sont tombées et il s'est formée une ulcération sameuse qui a détruit le rebord alvéolaire.

Actuellement, on constate une véritable brèche au niveau des dents tombées et on sent une masse étalée, dure, occupant toute la région sublinguale. De chaque côté on constate de la gingivite. La langue se meut aisément et semble indemne. La salivation est normale. Dans la région sous-maxillaire on sent de gros ganglions et quelques-uns plus petits. On en sent également dans la région carotidienne. Amaigrissement progressif. Ni tuberculose, ni spécificité.

Le 18 mars. — Résection de la portion du maxillaire entre les deux premières molaires. Extirpation des parties molles et des deux glandes sous-maxillaires.

Le 2 mai. — Sort, se servant bien d'un appareil de prothèse et ne souffre plus.

OBSERVATION XII (inédite).

(M. VALLAS.)

J. R... Depuis six mois le malade souffre de douleurs dans la région sublinguale. A l'examen les ulcérations et saillies occupant le plancher et le bord gauche de la langue ont fait place à une tumeur indurée, ulcérée.

8 novembre. — Ablation du maxillaire inférieur et d'une partie du plancher et de la langue ainsi que du pilier antérieur du voile.

24 novembre. — Le malade a assez bien supporté l'opération ; pas de fièvre, pas de dyspnée, mais il s'alimente peu, n'a pas d'appétit et ses forces ne reviennent pas. Sa femme demande à l'emmener, en continuera les lavages chez lui. Pronostic douteux de par l'état de faiblesse persistante.

OBSERVATION XIII (inédite).

(M. VALLAS.)

G. J., 66 ans, cordonnier.

Cancer du plancher de la bouche. Début il y a six mois par une petite tumeur de la région sus-hyoïdienne. Le malade y mit des pommades qui amenèrent une ulcération rapide.

Actuellement la région sus-hyoïdienne est déformée par une volumineuse tumeur bosselée présentant une ulcération cratériforme par où s'échappent des débris sanieux. La tumeur est adhérente au maxillaire. Le plancher est induré présente une ulcération du sillon gingivo buccal.

6 juillet. — Intervention. Incision circulaire tout autour de la tumeur et remontant en haut jusqu'à un centimètre du bord libre de la lèvre inférieure et en bas jusqu'à l'angle saillant du corps thyroïde. Hémi-résection du maxillaire inférieur ; section de la langue dans le sens de la longueur et libération de la tumeur du plancher buccal.

Après hémostase, on étale la face supérieure de la Résection de l'os hyoïde.

langue qui fait désormais le plancher buccal.

Suture, drainage.

Il meurt le 27 octobre d'une pneumonie, quatre mois après son opération.

OBSERVATION XIV (inédite).

(M. VALLAS.)

Bouquin, 65 ans, Renan (Suisse), entré 20 août 1908.

Néoplasme du plancher de la bouche. Début il y a trois mois, au niveau du plancher de la bouche par une gêne

au niveau du frein de la langue. A ce niveau siège une ulcération.

A l'examen, tout le plancher est pris par une tumeur dure non ulcérée sans hémorragie. Elle s'étend en fer à cheval jusqu'au niveau des molaires.

Grosse adénite génienne qui disparaît au bout de quelques jours.

L'intervention jugée impossible au début est décidée.

8 septembre. — Incision latérale en T. Résection du maxillaire. Ablation du plancher buccal. Pas d'appareil de prothèse.

29 octobre. — Evidement de la loge sous-maxillaire du côté opposé.

11 décembre. — Le malade se plaint d'une masse dure et douloureuse s'étendant de la ligne médiane jusqu'à l'angle du maxillaire.

5 mai. — La malade part en bonne santé.

OBSERVATION XV (inédite).

(M. VALLAS.)

G. A., 53 ans, manœuvre, entre le 7 mai 1903. Mort le 16 juin 1903.

Néoplasme du plancher buccal et de la langue.

A débuté il y a six mois par des douleurs dans le plancher de la bouche. Peu à peu la mastication et la déglutition deviennent difficiles. Les douleurs s'aggravent et s'étendent dans l'oreille depuis deux mois.

On sent à la palpation une tuméfaction dure de la région sus-hyoïdienne étendue surtout à gauche ; le maxillaire est envahi, la langue adhérente au plancher presque jusqu'à la pointe. Ganglions carotidiens.

13 mai. — Intervention. Incision en T d'abord le long des vaisseaux du cou à gauche, ablation des ganglions

carotidiens ; on branche une autre incision parallèle au bord inférieur du maxillaire.

Section du maxillaire à gauche et ablation en bloc du plancher et de la langue jusqu'en arrière du V lingual. Sutures et drainage.

Le 13 juin. — Le malade prend de la température, il meurt d'une pneumonie constatée aussi à l'autopsie.

OBSERVATION XVI (inédite).

(M. VALLAS.)

Antoine Rouchon, 46 ans, chapelier, Vienne.

Entre le 17 février 1910 pour une tumeur ulcérée de la face inférieure de la langue et du plancher. Le début remonte à deux mois. Toute la muqueuse est envahie jusqu'au pilier antérieur du voile. En avant le maxillaire est rongé. Gros ganglions sous-maxillaires et sus-hyoïdiens, hémorragies, mais peu abondantes.

23 février. — Intervention.

Incision transversale allant d'un angle du maxillaire à l'autre passant au niveau de l'os hyoïde. Ligature et section des deux faciales ; mise à nu des branches montantes du maxillaire inférieur que l'on scie avec la scie à chaîne. On reconnaît que tout le plancher buccal est infiltré. La tumeur s'étend très profondément en arrière.

On comprend dans la tumeur à réséquer tout le plancher et la langue dans son entier. Le pharynx est ainsi mis tout à fait à nu.

On fait l'autoplastie et on réussit par le dédoublement de la lèvre inférieure à faire au-dessus de l'orifice œsophagien un conduit muqueux cutané, mais ne comprenant plus de nouvelle sonde œsophagienne.

24 février. — Bon état général, 9° 37,2, le pouls est bon.

4 mars. — Malade dyspnéique depuis la veille. Température 38°3, il meurt dans la soirée.

L'autopsie ne peut être faite.

OBSERVATION XVII (inédite).

(M. VALLAS.)

N° 98, 1901. G. N., 67 ans, journalier. Entré le 7 février 1901, mort le 28 février.

L'affection a débuté il y a trois mois par une excavation siégeant sur l'extrémité de la langue. Très rapidement, l'ulcération a envahi la langue et le plancher.

Gros ganglions sous-maxillaires.

Douleurs très vives dans la moitié droite de la face.

La langue est collée au plancher de la bouche ; le doigt arrive difficilement à sentir le sillon linguo maxillaire qui est ulcéré et envahi par le néoplasme jusqu'au pilier antérieur, quelques nodosités dans la langue.

Le 28 février. — Intervention. Incision partant de l'angle droit de la mâchoire et se prolongeant le long du bord inférieur du maxillaire jusqu'à deux centimètres de la ligne médiane à gauche.

On constate l'envahissement du plancher buccal jusqu'à ce niveau. Les tissus sont divisés dans la profondeur jusque sous la muqueuse buccale. Dénudation de la face antérieure du maxillaire pour préparer la désarticulation.

Section à la scie à chaîne du maxillaire à deux centimètres de la ligne médiane à gauche ; la moitié du plancher buccal, toute la langue jusqu'à l'épiglotte, les piliers antérieurs sont enlevés et l'on termine par la désarticulation du maxillaire. Sutures de la muqueuse de la joue à la muqueuse de l'épiglotte et de la bande de la langue.

Dans la soirée le malade prend une hémorragie et meurt.

A l'autopsie, on trouve des caillots remorqués au niveau de la plaie et une veine maxillaire interne déchirée.

OBSERVATION XVIII (inédite).

(M. VALLAS.)

E. T., 63 ans, néoplasme du bord gauche de la langue. Envahissement du plancher buccal à gauche.

8 mars. — Gastrostomie.

Ablation de la tumeur après ligature préventive de la faciale et de la linguale. Evidement de la région des hyoïdiens nus. Résection du maxillaire de la symphyse à la base de l'apophyse coronoïde. Excellent état après l'intervention.

24 mars. — Mort par érysipèle de la peau.

OBSERVATION XIX (inédite).

(M. VALLAS.)

R. Ch., 71 ans, tisseur, entré le 17 juin, mort le 1^{er} juillet 1900.

Epithélioma du plancher buccal au niveau du sillon maxillo buccal.

Depuis deux ans, le malade ressentait à la déglutition une gêne légère ; c'était une sensation de picotements sur la partie droite du maxillaire. Depuis deux mois ces douleurs ont pris un caractère d'acuité plus vive.

Mais depuis 15-20 jours, il s'est aperçu de la présence d'une tumeur au niveau des dernières molaires droites.

L'examen confirme cette donnée. On la voit et surtout on la sent au doigt remontant le long de la branche montante et envahissant le plancher qui est infiltré dans sa portion droite.

Le 26 juin. — Intervention. Incision le long du bord inférieur du maxillaire qui est réséqué jusqu'au niveau

de la canine. Ablation en bloc de toute la portion néoplasique.

Prothèse immédiate.

Le 1^{er} juillet. — Meurt d'une broncho-pneumonie.

OBSERVATION XX (inédite).

(M. VALLAS.)

E. F., 67 ans, entre le 28 octobre 1903, mort le 16 novembre 1903.

Néoplasme de la langue et du plancher buccal.

Opéré le 13 novembre.

Incision d'ucôté gauche allant de l'angle de la mâchoire à la symphyse. Dénudation du maxillaire jusqu'à la symphyse.

Désinsertion du masseter, section de l'os au-dessus de l'angle, ligature de la faciale

Même temps opératoire à droite (ligature de la faciale).

Traction en dehors par l'incision de gauche de toute la masse du maxillaire. Section du plancher et de la langue en arrière de la tumeur. On place un appareil prothétique immédiat fixé au maxillaire supérieur et à la peau de la contaminée.

16 novembre. — Autopsie, mort probablement d'une pneumonie gauche.

OBSERVATION XXI (inédite).

(M. VALLAS.)

Alfred B., imprimeur, 48 ans. Entré le 10 novembre 1909.

Il y a 1 mois et demie apparition d'un petit ganglion qui grossit de plus en plus. Puis troubles dans la région sublinguale. Apparition à droite d'une petite tumeur qui s'ulcère et saigne de temps en temps.

La tumeur est dure, ulcérée, il y a de gros ganglions sous-maxillaires.

21 septembre. — Résection du maxillaire inférieur. Prothèse immédiate.

21 septembre. — Mort deux heures après l'opération par asphyxie.

OBSERVATION XXII (inédite).

(M. VALLAS.)

B..., 57 ans. Cancer de la langue avec propagation à tout le plancher.

La tumeur est devenue plus accessible et moins douloureuse sous l'influence des lavages.

7 octobre. — Gastrostomie. Trachéotomie préventive. Ablation de la glande sous-maxillaire et des ganglions carotidiens. Ligature de la faciale.

13 octobre. — Température au-dessus de 38°. Sécrétions purulentes par la canule.

24 novembre. — Ablation du plancher de la bouche avec résection du maxillaire

11 novembre. — Le malade va bien, il s'alimente, bon pouls, la température baisse. Hydarition du genou droit.

12 décembre. — Décès. A l'autopsie, congestion de la base droite.

OBSERVATION XXIII (inédite).

(M. VALLAS.)

M. I. L. Néoplasme de la langue et du plancher.

24 mai. — Incision sus-hyoïdienne latérale repassant la ligne médiane. Ligature de la linguale droite, section du maxillaire de la symphyse au masseler.

Ablation d'une portion de la langue et en bloc du maxil-

laire et du plancher. Réfection du plancher buccal par suture du moignon lingual à la muqueuse.

Mort le 19 juin 1907.

OBSERVATION XXIV.

(M. VALLAS.)

Jean Dondain, 59 ans, tisseur, rue Jacquard, 40. Entré le 15 mars 1910, mort le 23 mars 1910.

Depuis l'été dernier, gêne au niveau de la langue, ulcération en novembre. A l'examen, le plancher buccal est infiltré dans la totalité ; le néoplasme fait saillie en avant au niveau de trois dents qui sont tombés récemment.

Ganglions sous-maxillaires.

Albumine, gros cœur, bruit de galop. Renvoyé sans intervention.

OBSERVATION XXV (inédite).

(M. VALLAS.)

J. G..., 53 ans, tisseur. Néoplasme du bord droit de la langue envahissant le plancher jusqu'aux rebords alvéolaires.

Douleurs atroces, cachexie marquée.

29 mai. — Intervention palliative.

Ligature de la linguale et section de l'hypoglotte qui calment les douleurs. Ultérieurement, le malade se cachectise de plus en plus, la dénopathie augmente et aussi le briseur.

20 octobre. — Mort. A l'autopsie, pas de dégénéralisation viscérale, mais au poumon droit pleurésie interlobaire suppurée.

OBSERVATION XXVI (inédite).

(M. VALLAS.)

Adolphe S..., 61 ans, plâtrier, rue Sébastien-Gryphe.

Entré le 4 novembre 1910.

Néoplasme du plancher de la bouche et du frein de la langue.

Excellente santé habituelle, mais fumeur de cigarettes.

Il s'est aperçu de son mal il y a 15 jours. Les mouvements de la langue étaient devenus très limités et une vaste ulcération occupe actuellement le côté gauche du filet de la langue ; elle semble infiltrer le plancher de la bouche.

On ne sent pas de ganglions. Bon état général.

7 novembre. — Intervention.

Incision cutanée sus-hyoïdienne parallèle au bord inférieur du maxillaire. Ablation de deux paquets ganglionnaires situés sur le bord externe du mylo hyoïdien, mais plus importants à gauche. Ablation des deux sous-maxillaires ; puis on relève en haut le lambeau cutané ; on met aussi à nu le maxillaire inférieur sur sa face antérieure. Avec des forêts et des fraises, puis la cisaille on enlève le bord alvéolaire du maxillaire mais sans interrompre la continuité de l'axe osseux. Par la bouche, après avoir rabattu en bas le lambeau cutané, on enlève aux ciseaux la portion inférieure de la pointe de la langue et on enlève les parties du plancher envahies par la tumeur qui arrivait en avant jusqu'au contact de la face postérieure du maxillaire, on suture le moignon lingual et on le fixe à la face interne de la lèvre inférieure. Section cutanée.

OBSERVATION XXVII.

(M. VALLAS.)

Q. L..., 66 ans, entre le 8 décembre 1905.

Néoplasme de la langue et du plancher de la bouche.

A débuté il y a deux mois par une petite ulcération de la langue. La marche en est assez rapide, elle augmente de consistance en même temps que la protraction est rendue impossible. Les bords de la tumeur sont déchiquetés comme à l'emporte pièces.

Gros ganglions sous-maxillaire surtout à droite. Douleurs dans l'oreille.

18 décembre. — Depuis son entrée, le malade s'affaiblit il s'alimente mal et présente des lipothymies.

On fait à cette date pour y remédier une gastrostomie.

5 janvier. — Intervention. Incision en fer à cheval à trois centimètres en arrière du maxillaire. Dissection des sous-maxillaires et des ganglions adjacents. Ligature des faciales très près des carotides. Puis section bilatérale du maxillaire à la grande pièce de Mallère. Enfin, ablation en un seul bloc de la tumeur.

Pose par M. Martin d'un appareil prothétique fixe. Sutures.

La pièce conservée dans une solution de formol comprend : 1° les deux sous-maxillaires et les ganglions adjacents ; 2° une partie du maxillaire inférieur comprenant tout le fer à cheval jusqu'à la deuxième molaire ; 3° les trois quarts antérieurs de la langue et du plancher de la bouche.

Comme lésions on constate la présence d'une ulcération à base et à pourtours indurés au niveau de la sublinguale. Le point ulcéré et induré doit être considéré comme le point de départ de la tumeur.

8 janvier. — Broncho-pneumonie qui entraîne le malade.

OBSERVATION XXIX (inéдите).

(M. VALLAS.)

André M..., 67 ans, garde champêtre, jardinier, Vienne.
Entré le 13 juin, sorti le 24 juin.

Depuis cinq mois, le malade ressent des douleurs qui l'amenaient au chirurgien. A l'examen, on trouve une tumeur qui semble s'être développée dès l'adébite à la joue, sur la face inférieure de la langue et sur la moitié gauche du plancher de la bouche. La langue est gênée dans ses mouvements, la mastication est difficile. Depuis quelques temps, la face inférieure de la langue est accolée au plancher.

Il sort le 24 juin ayant refusé toute intervention.

OBSERVATION XXX (inéдите).

(M. VALLAS.)

R. C..., 58 ans, entre le 16 juin 1905.

Début il y a un mois. Il entre avec une tumeur occupant la moitié droite du plancher et la gencive. La surface est recouverte de débris putrides. Les dents déchaussées et mobiles. Ganglions sous-maxillaires gros et durs. Bon état général.

30 juin. — Hémis résection du maxillaire inférieur moins la branche montante. Prothèse immédiate.

4 juillet. — Présente du délire et des phénomènes infectieux. Il meurt.

OBSERVATION XXXI (inéдите).

(M. VALLAS.)

B. H..., entré le 20 octobre 1905, meurt le 7 novembre.
Epithélioma de la base de la langue et du plancher,

qui a débuté il y a seulement six semaines par de violentes douleurs dans l'oreille. Présente à son entrée une tumeur siégeant sur le bord droit de la langue. Le bord de la langue épaisse masque un foyer néoplasique intéressant le plancher qui est infiltré. Ganglions sous-maxillaires engorgés.

30 octobre. — Intervention. Résection du maxillaire sectionné au niveau de la symphyse et du col. Ligature du tronc veineux. Thyrolinguo facial de la jugulaire externe, section du digastrique. Ablation en un seul bloc du maxillaire du plancher et de la langue.

7 novembre. — Meurt de septicémie.

OBSERVATION XXXII (inédite).

(M. VALLAS.)

A. A..., cultivateur, entré le 26 juillet 1904.

Il y a trois ans, le malade eut un abcès dans la bouche à la suite duquel il se fit arracher une molaire. La plaie ne se cicatrisant pas il est envoyé à Grenoble où l'on pratique la resection partielle du maxillaire inférieur. Trois semaines après récurrence, actuellement envahissement du plancher de la bouche et du maxillaire. Le tout ne forme qu'un seul bloc.

Le 2 août. — Résection et désarticulation du maxillaire inférieur dans sa portion gauche. Ablation des deux tiers de la langue, de tout le plancher de la bouche, du pilier antérieur du voile et même de l'amygdale.

Le 29 août. — Mort. A l'autopsie on trouve au niveau du poulmon droit une masse néoplasique gorgée de sang répandant une odeur infecte.

Pas de récurrence au niveau de la cicatrice.

OBSERVATION XXXIII (inédit).

(M. VALLAS.)

R. B..., entre le 27 octobre 1897.

Depuis trois mois, langue indurée se colle au plancher buccal, déglutition difficile.

Depuis deux mois, apparition au niveau du frein de la langue de petites masses néoplasiques bourgeonnantes.

A l'examen,° le plancher est envahi en entier ; ganglions sous-maxillaires.

Le 16 septembre. — Incision en fer à cheval respectant un lambeau médian. Dissection des régions sous-maxillaires. Ablations des ganglions. Ligature de la linguale, section de la sangle mylo-hyoïdienne.

Résection du maxillaire remontant à droite au-dessus du tiers inférieur de la branche montante. Ablation du plancher et des deux tiers antérieurs de la langue. Pas de prothèse. Suture du moignon lingual à la muqueuse de la joue et des lèvres ; réfection du plancher buccal. Suture cutanée.

Le soir même bronchite diffuse.

Des signes de broncho-pneumonie apparaissent. Mort le 24 septembre. La plaie était cicatrisée.

OBSERVATION XXXIV.

(M. VALLAS.)

I. M..., 58 ans, filateur, entre le 4 décembre 1900, sorti le 17 décembre 1900.

Epithélioma de la langue et du plancher buccal.

L'affection a débuté il y a trois mois par une petite

tumeur siégeant sur le plancher buccal grosse comme une amande. A ce moment, gêne de la déglutition.

La lésion a marché très rapidement ; ganglions sus-hyoïdiens gros et adhérents.

L'ulcération occupe le plancher et la face inférieure de la langue, l'os maxillaire semble épaissi en avant.

Le 12 décembre. — Intervention. Ablation des ganglions sous-maxillaires puis incisions médianes de la lèvre inférieure et de la peau du menton que l'on rabatt largement des deux côtés. On coupe le maxillaire dans toute sa portion médiane et ablation de la langue et du plancher. On rapproche les lambeaux cutanés et muqueux.

29 décembre. — Mort par pneumonie.

OBSERVATION XXXV.

(M. VALLAS.)

V. J..., 65 ans. Cancer de la langue propagé au plancher.

14 décembre. — Gastrostomie préliminaire.

16 décembre. — Mort par broncho-pneumonie.

Observations de Rœdiger « loco citato ».

OBSERVATION I (n° 22).

M. S..., 46 ans, entré le 4 octobre 1897.

Ulcération néoplasique sur le bord gauche de la langue. Extirpation à la Lagenbeik.

12 octobre. — Il part.

28 octobre. — Six semaines après son départ, des fragments du maxillaire se disjoignent.

Il se forme une fistule par où s'écoule du pus et des aliments.

Le patient meurt ultérieurement.

OBSERVATION II (n° 24).

G. Leh., 44 ans. Mauvaise dentition, père mort d'un cancer du pharynx. Sur le bord gauche de la langue vaste ulcère et infiltration envahissant les ganglions sous-maxillaires.

Intervention le 8 novembre 1898, suivant la technique de Langenbeck.

31 janvier. — Il part.

6 mai. — Le patient est vu en bon état de santé, la parole est gênée, mais la déglutition est facile. Le *maxillaire est mobile*.

OBSERVATION III (n° 6).

C. S..., 63 ans, entrée le 3 décembre 1890.

Depuis six ans, sur le côté droit de la langue, il présente des plaques de leucoplasie. Depuis trois mois, à ce niveau s'est développé un bouton douloureux. Ablation le 20 septembre 1890. Depuis quatre semaines récidive dans la cicatrice.

A l'examen, femme vigoureuse présentant à la langue une tumeur grosse comme une noisette ; l'infiltration dépasse la ligne médiane. Le plancher est infiltré.

5 décembre. — Opération à la Langenbeck.

21 décembre. — Part guérie. Sous le maxillaire, douleurs encore bien vives.

OBSERVATION IV (n° 5).

H. W..., 80 ans, entré le 23 juillet 1890.

Début de la tumeur en avril 1890. Douleurs et gêne dans la parole. La moitié droite de la langue et le côté correspondant du plancher sont infiltrés, il en est de même de

la portion postérieure gauche de la langue. Les sous-maxillaires sont prises des deux côtés.

Opération selon la méthode de Langenbeck le 24 juillet.
Le 30 juillet. — Mort dans le collapsus.

Binder « loco citato ».

OBSERVATION I.

Mauver, 52 ans, opéré le 22 septembre 1893, parti guéri le 31 octobre 1893, mort le 13 avril 1894.

Le malade est un fumeur enragé, pas d'antécédents héréditaires. Le début de son affection remonte à juillet 1893 et il entre à l'hôpital trois après.

A l'examen, homme malingre, petit, d'aspect cachectique. Rien aux viscères.

À l'ouverture de la bouche, odeur fétide, les dents sont très mal soignées. La muqueuse de la langue et de la cavité buccale est de couleur livide. Le plancher de la bouche est transformé jusqu'au voile du palais en une masse dure infiltrée saignant facilement ; la moitié droite de la langue est épaissie. Sous-maxillaire semble respecté.

Intervention suivant la technique de Ch. Langenbeck, on enlève les sous-maxillaires qui semblent augmentées de volume et après section du maxillaire, la langue presque en totalité, tout le plancher de la bouche et aussi la muqueuse des deux portions horizontales du maxillaire.

Le morceau respecté de la langue est suturé et c'est la seule suture faite dans la cavité buccale. Le maxillaire est réuni avec du fil d'argent, la muqueuse réunie avec des catgut, la plaie extérieure avec de la soie.

Les suites sont simples.

3 octobre. — La plaie externe est guérie.

31 octobre. — Etat parfait, le poids augmente, le maxillaire encore légèrement mobile, partout de la muqueuse a recouvert la plaie buccale ; il part.

Le 13 avril 1894. — Le malade meurt sans que la cause en soit connue comme non plus que son état depuis sa sortie de la clinique.

OBSERVATION II.

40, hôtelier, 60 ans, opéré le 8 mai 1892, guéri le 24 juin 1892,

Depuis un an environ, le malade se plaint d'une gêne légère sous la pointe de la langue dans la région sublinguale ; mais c'est depuis un mois et demie seulement qu'il ressent des douleurs.

A l'examen, malade vigoureux. A l'ouverture de la bouche, on voit que la moitié droite de la langue est augmentée de volume et si on la soulève, on voit une ulcération néoplasique envahissant le plancher et la face inférieure de la moitié droite de la langue ; il envahit également la gencive droite.

Le 5 juin 1892. — Intervention (Langenbeck), incision comprenant la lèvre inférieure et s'étendant jusqu'à l'angle droit du maxillaire ; dissection des ganglions, section du maxillaire et ablation des parties malades. On enlève la moitié droite de la langue, la moitié du plancher et aussi la muqueuse de la gencive ; points de suture pour diminuer la surface cruentée dont le reste est tamponnée à la gaze.

Il s'en va sans avoir rien présenté de particulier dans sa convalescence.

Il est encore en vie le 12 février 1896, sans que l'on sache rien de son état de santé.

OBSERVATION III.

Hôtelier de 54 ans, opéré le 15 octobre 1910, mort le 9 décembre 1890, d'empyème et gangrène du poumon.

Pas d'antécédents, sauf une pneumonie, les douleurs commencent en juillet et il se décide à se faire opérer en octobre 1894. A l'examen, malade vigoureux, d'aspect sans tares viscérales. A l'ouverture de sa bouche, il répand une odeur fétide et toute la portion inférieure de sa langue est changée en un vaste ulcère qui gagne toute la moitié droite du voile et aussi le frein.

Intervention le 15 octobre 1910 par la méthode de Langenbeck, on abrase les deux tiers antérieurs de la moitié droite de la langue, la portion malade du plancher ; la muqueuse des rebords alvéolaires ; les deux glandes sous-maxillaires.

La moitié gauche de la langue attirée à droite fut cousue aux lambeaux et il fut ainsi formée une petite langue mais de forme normale. La plaie du voile fut rapprochée au mieux, tamponnement à la gaze iodoformée, enun suture de la muqueuse et de la peau, suture du maxillaire.

Le 16. — Absorption d'un peu de lait est impossible et dans l'après midi il est pris d'un accès de suffocation qui nécessite la trachéotomie d'urgence. Suffocation due à un caillot de sang dans la bouche.

Le 17. — L'état s'est amélioré.

Le 22. — Dyspnée et râles dans les poumons avec expiration extrêmement fétide, pas de fièvre.

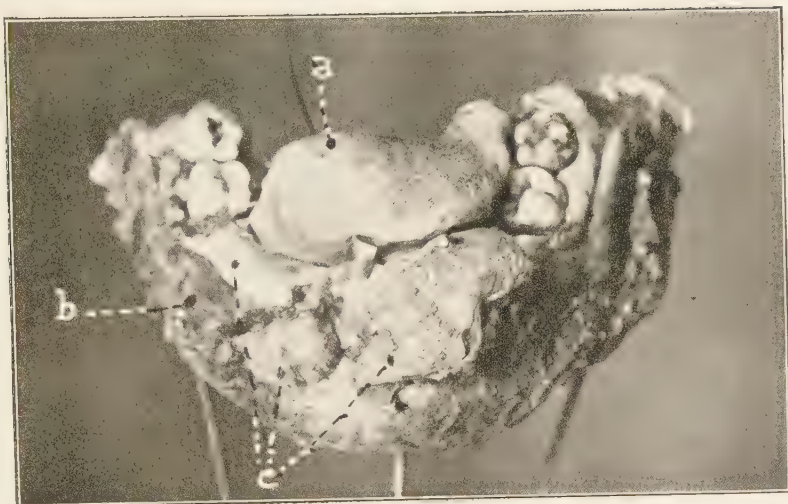
Le 31. — Ablation de la canule, le patient parle presque bien, mais la déglutition est toujours difficile, toux et expectoration abondante.

Le 4 novembre. — Toux abondante, vomique de pus. la fièvre s'installe, expectoration fétide incessante. La plaie

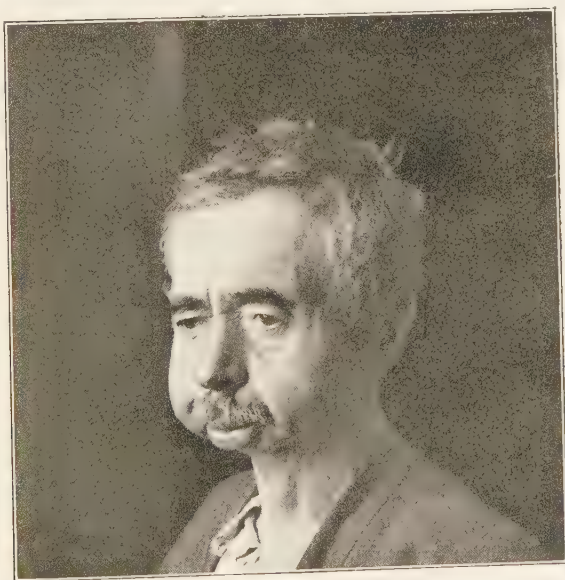
opératoire est considérée comme guérie depuis huit jours, ponction dans le huitième espace qui ramène du pus.

Le 2 décembre. — Opération d'empyème.

Le 9 décembre. — Mort. L'autopsie montre une gangrène circonscrite du sommet du poumon gauche. Le néoplasme a été complètement enlevé.

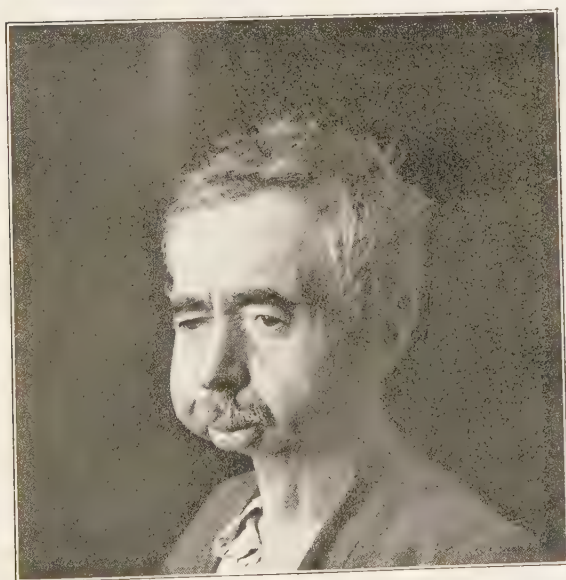


a) Langue. — b) Maxillaire. — c) Bourgeon néoplasique.





a) Langue. — b) Maxillaire. — c) Bourgeon néoplasique.



CONCLUSIONS

A. — L'intervention chirurgicale est le seul traitement rationnel du cancer du plancher de la bouche :

a) Parce que la mort la plus épouvantable est réservée aux malheureux atteints de cette affection abandonnée à son évolution naturelle :

b) Parce qu'il y a quelquefois des guérisons de plusieurs années après l'intervention ;

c) Parce que bien des souffrances leur sont épargnées par l'intervention.

B. — La voie d'approche sera la région sus-hyoïdienne, avec résection définitive de tout ou partie du maxillaire.

L'incision parallèle au bord inférieur du maxillaire pourra prendre, suivant les cas, la forme d'un fer à cheval, d'un H majuscule ou d'un T couché.

Le principe à suivre est d'isoler par la périphérie l'îlot néoplasique tant au point de vue vasculaire que lymphatique.

Un des points les plus importants de la technique est le recouvrement de la surface cruentée par de la muqueuse empruntée à la région buccale. La langue.

notamment, peut être ménagée en partie et servir à cet usage.

C. — Pour la guérison définitive, les soins post-opératoires sont d'une importance capitale : la sonde nasale, les lavages, les pulvérisations, les inhalations d'oxygène forment, avec la digitale, la base de ce traitement.

D. — La prothèse immédiate ou tardive pourra, d'après chaque indication, être employée avec avantage.

VU

VU :

Le Président de la thèse,

Le Doyen,

VALLAS.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 7 juillet 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — *Bulletin Soc. chirurg.*, Paris 1910.
- BELLAMY. — Contribution à l'étude du traitement du cancer du plancher de la bouche. Th. Paris, 87-88,
- BOECKEL. — Résection temporaire du maxillaire inférieur, extirpation d'un cancer du plancher de la bouche. *Gazette hebdomad.*, 1863, p. 304.
- BILLROTH. — *Archiv. für clinische Chirurgie Langenbeck*, 1862.
- BASTIANELLI. — Tumori della lingua e del pavimento della bocca. *Trattato italiano di chirurgia*, vol. III. Milano, Vallardi, 1904.
- BASTIANELLI. — Congrès international de chirurgie, Bruxelles, 1908.
- BINDER. — 40 Falle von Zungencarcinom ihre Behandlung. *Beitrage 3. Klin. Chirurg.*, Bd XVII, Heft 2.
- BUTLIN. — *Brit. med. Journal*, 11 february, 905. *Zentralblatt*, 1905, p. 877.
- BUTLIN. — Congrès international de chirurgie, Bruxelles, 1908, p. 39.
- BRANDT. — Beitrage zur Chirurgie der Mundhöhle. *Berlin Klin. Vochenschrift*, 1904, n° 22.
- CAPETTE. — Th. Paris, 1906-1907.
- CLOQUET. — *Arch. gén. de médecine*, t. XIV.
- CAPMAS. — Des opérations préliminaires destinées à faciliter l'extirpation des tumeurs du plancher de la bouche. Th. Paris, 1866.
- DUMONT-PALLIER. — Traitement de certaines tumeurs de la bouche par le chlorate de potasse. *France médicale*, 1896, n° 11.

- DUVOISIN. — Des ligatures artérielles dans le traitement du cancer de la langue. Th. Paris, 1898-99, n° 546.
- EBRARD. — Extirpation du cancer de la langue. Th. Lyon 1889, n° 467.
- EICKE. — *Centralblatt* 1902, p. 404. Über den zungenkrebs und dessen Heilbarkeit auf operativen Wege, Inaug. Bess. Breslau 1901.
- EXNER. — Carcinom des mundes und melanosarcom. *Wiener Klin. Wochenschrift* 1903, n° 27.
- FAURE. — Th. Paris 1883-84.
- J.-L. FAURE. — Leçon de clinique et technique chirurgicale. Paris 1905, p. 64.
- FEUILLETEAU. — Th. Paris 1885-86.
- GOYRAUD. — *Bulletin de Société de chirurgie*, 1855.
- GRELLETY. — Du traitement du cancer de la langue. Th. Bordeaux 1891.
- GUTTIEREZ. — *Centralblatt* 1904, p. 133.
- GIAMATTEI. — Cancer du plancher buccal opéré par section médiane.
- HUMBERT. — De l'épithélioma sublingal. Th. Lyon 98.
- KRONLEIN. — *Beitrag zur Klin. Chirurg.* Tubingen, 1897, LXIX.
- KUTER. — Zur Behandlung des Zungen Krebses. *Arch. Klin. Chir.*, 1906, LXXXI, p. 292.
- LABORDE. — Cancer de la langue et son traitement curateur. Th. Paris 1902.
- LATARJET. — Étude sur les pharyngotomies. Th. Lyon 1905-1906.
- LARRIEU. — Th. Paris 1879.
- LE DENTU. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1880.
- CL. MARTIN. — Résultats éloignés de la prothèse dans la résection du maxillaire. Th. Lyon 1893.
- MARGNAT. — Th. Paris 1877.
- MAUCLAIRE. — *Tribune médicale*, 1904.
- MESGUICHE. — Résection du maxillaire inférieur avec prothèse. Th. Lyon 1904-1905.
- MORESTIN. — Neuf cas de cancer de la joue. *Bulletin Soc. anatom. Paris* 1906, t. LXXXI, p. 98.

- ORLOW. — Pharyngotomie pour l'ablation des tumeurs du pharynx. *Rev. Chirurgic.* 1903, p. 199.
- PEAN. — Clinique.
- PÉRICAT. — Cancer de la langue. Th. Paris 1902.
- PIQUANTIN. — Du cancer de la langue chez la femme. Th. Paris 1904-1905.
- POIRIER. — *Bulletin Soc. chirurg. de Paris* 1902, p. 482, 1905, p. 743.
- ROEDIGER. — Weitere Beitrage zur Zungencarcinom. *Beitrage zur Klin. Chirurg.*, XXXI, Heft, 2.
- ROBILLARD. — Cancer du plancher de la bouche, son traitement. Th. Paris 1901-1902.
- SÉBILEAU. — Cancer du plancher de la bouche. *Bullet. Soc. chir.*, 1902, p. 474.
- STEINER. — Beitrage zur Chirurgische Behandlung der Mundhöhlen Krebse, *Deutsche Zeitschrift. f. Chirur.*, Bd 98.
- TERRILLON. — *Bulletin Société de chirurgie de Paris*, 1880.
- VALLAS. — *Lyon médical*, 1901-1905 et Congrès chirurgie Bruxelles 1908.
- VERNEUIL. — *Bulletin Société de chirurgie de Paris*, 1871.
- VOZKRESSENSKY. — Résultats des opérations pour le cancer de la bouche. *Journal de Chirurgie*, 1910, p. 161.

